Tableau de bord central

Plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux 1998-2002

Le défi de l'accès l'an 3

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE MONTRÉAL-CENTRE

Coordination : Service des études et de l'évaluation
15 janvier 2002

LES COLLABORATIONS

Plusieurs membres de la Régie régionale ont participé à la réalisation de ce rapport. Nous remercions plus particulièrement les personnes suivantes :

❖ **De la Direction de la programmation et coordination**
- Pierrette Rolland, responsable, Rollande Daigneault, chef de service, Michèle Bérubé, Micheline Lefebvre et Manon Lévesque, conseillères aux établissements, **Services multiclientèles de courte durée**;
- André Cimon, responsable, Marie-Claude Hens et André Trépanier, chefs de services, et Cornélia Steavu, conseillère aux établissements, **Secteur des Services multiclientèles de première ligne et Services aux personnes âgées**;
- Diane Gauthier, chef de service, Michel Roberge et Lyse Beaudet, conseillers aux établissements, Guylaine Ranger, technicienne en administration, **Services de santé mentale et Services d'intégration sociale aux personnes présentant une déficience intellectuelle.**

❖ **Du Service des études et de l'évaluation**
- Normand Lauzon, chef de service, Pierre Provencher, Carole Lécuyer, conseillers aux établissements, Samuel Chagnon, agent de planification et recherche, Marie-Andrée Picard, technicienne en recherche, Carole Morency, secrétaire.

❖ **De la Direction de la santé publique**
- Pierre Tousignant, médecin conseil, Léo-Roch Poirier, agent de recherche, ont planifié l'évaluation d'impact sur la santé de la reconfiguration du réseau;
- Gilles Lavoie, analyste-biostatisticien, a planifié, préparé et réalisé l'analyse des données pour la production des indicateurs;
- Jean Cloutier, médecin conseil, a participé à la préparation de l'analyse;
- Dominique Nadeau, agente de recherche, Mélanie Fournier, technicienne de recherche, ont collaboré à la révision du rapport;
- Robert Choinière, responsable de la fonction surveillance, a participé à la sélection des indicateurs et à la préparation du rapport.
- Denis Lamontagne, statisticien, a participé à l'analyse des données.

❖ **De la Direction des relations avec la communauté**
- Claude Toupin, coordonnatrice, Ronald McNeil, conseiller-cadre, Diane Savage, technicienne en administration, **Service conseil et aide à la clientèle;**
- Hélène Gendron, chef de service par intérim, Michel Désilet, analyste, **Service des systèmes d'information et de l'informatique.**

❖ **De la Direction des ressources humaines**
- Ghislaine Tremblay, adjointe au directeur, Michel Beauchemin, programmeur, Luc Quintal, conseiller aux établissements, **Secteur planification et mobilité régionale des personnes salariées**, Lisette Shaffer, conseillère aux établissements, **Secteur planification et développement régional du personnel d'encadrement**.

❖ **De la Direction des immobilisations et finances**
- Louis Morache, agent de planification, **Recherche et développement**, Johanna Lapierre et Lina Lemaître-Auger, techniciennes en administration, **Services financiers**.

106-06174/

Tableau de bord révisé

À l'origine, 26 indicateurs ont été retenus pour suivre le « Plan d'amélioration des services 1998-2002 ». Quatre indicateurs ont été abandonnés au fil des ans car aucun système d'information ne pouvait supporter la collecte de données pertinentes à leur production. Par ailleurs, en l'an 2000, la Direction des ressources humaines se joignait au processus de reddition de compte intégrée en produisant 4 nouveaux indicateurs liés aux priorités du « Défi de l'accès ».

Cette année, dans cette édition du Tableau de bord central, nous présentons 21 regroupements d'indicateurs. Tout en conservant le plus possible les indicateurs d'origine, nous ajoutons des informations complémentaires aux fins d'enrichir les observations et l'analyse.

Des indicateurs modifiés

Nous avons changé la définition de 2 indicateurs.

- ✓ L'accès aux traitements en radio-oncologie met l'accent sur les usagers prêts à recevoir leurs traitements plutôt que sur le nombre total d'usagers en attente. De plus, le Comité provincial de radio-oncologie a développé un consensus concernant un délai raisonnable de 8 semaines pour accéder à des traitements; nous utilisons ce standard. Nous suivons donc le pourcentage de personnes prêtes à recevoir leurs traitements suite à un cancer du sein, de la prostate et, pour tous les autres sites de cancer confondus mais, qui les attendent toujours (plus de 8 semaines).

- ✓ Pour traiter de l'accès aux services dans le réseau des centres de réadaptation en déficience intellectuelle, nous mettons le focus sur l'évolution, tous programmes confondus, des usagers desservis et en attente au 31 mars de l'année. L'observation de l'évolution des nouveaux usagers desservis et des délais d'accès aux 3 programmes des CRDI exigent de mener des travaux complémentaires avec le milieu.

Des indicateurs à venir

Un tiré à part sera produit pour l'axe de suivi « *Les soins et services dans la communauté* ». Quatre des 5 indicateurs de cet axe sont produits à l'aide du système d'information clientèle des CLSC. En l'an 2000, les CLSC ont implanté un nouveau cadre normatif développé par le ministère. Il a été possible de constituer une base complète du SIC-CLSC très récemment. Les résultats des premiers traitements effectués nous incitent à valider les données avec le milieu avant de les présenter. Notons enfin, qu'il n'y aura pas de correspondance possible entre les résultats des indicateurs traités avec le nouveau et l'ancien cadre normatif.

Le lecteur peut consulter en annexe les résultats des indicateurs en date du 16 janvier 2001 pour l'axe de suivi « *Les soins et services dans la communauté* ».

SOMMAIRE

RAPPEL DE LA DÉMARCHE 9

Présentation du rapport 9

L'ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES 11

Synthèse des résultats 37

L'IMPACT SUR LA SANTÉ 39

Synthèse des résultats 49

LE POINT DE VUE DES USAGERS 51

Synthèse des résultats 57

LES GRANDS CHANTIERS EN RESSOURCES HUMAINES 59

Synthèse des résultats 67

LA MODERNISATION DES SERVICES ET L'ÉQUILIBRE DE LA SITUATION FINANCIÈRE 69

Synthèse des résultats 79

RAPPEL DE LA DÉMARCHE

En mai 1998, la Régie régionale de Montréal-Centre adopte son « Plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux 1998-2002 : Le défi de l'accès ». Les indicateurs stratégiques sont inclus à la planification régionale. Le suivi de ces indicateurs vise une reddition de compte intégrée basée sur des résultats. Ce suivi permet de vérifier le degré de réalisation des choix stratégiques du Plan et de prendre au fur et à mesure les décisions qui s'imposent. La reddition de compte intégrée nécessite la mise en place d'un seul outil de présentation des indicateurs pour les composantes d'efficience et d'efficacité du réseau, d'impact sur la santé et le bien-être, et de la satisfaction de la population et des clientèles.

Le Tableau de bord central est donc le fruit d'une collaboration interdirectionnelle. Madame Francine Rochon, directrice de la Programmation et coordination, est responsable du dossier auprès du comité de direction. La démarche est supervisée par monsieur Normand Lauzon, chef du Service des études et de l'évaluation. À l'exception de la nouvelle Direction des affaires médicales, les 5 autres directions de la Régie régionale participent à l'élaboration, la production et l'interprétation des indicateurs les concernant. Les responsables, chefs de service et conseillers des secteurs sont mis à contribution pour définir les indicateurs, valider les résultats et leur interprétation.

Présentation du rapport

Ce rapport présente les résultats mis à jour de 21 regroupements d'indicateurs stratégiques selon 5 des 6 principaux axes de suivi :

- *L'ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES*
- *L'IMPACT SUR LA SANTÉ*
- *LE POINT DE VUE DES USAGERS*
- *LES GRANDS CHANTIERS EN RESSOURCES HUMAINES*
- *LA MODERNISATION DES SERVICES ET L'ÉQUILIBRE DE LA SITUATION FINANCIÈRE*

En annexe, le lecteur peut consulter les résultats des indicateurs en date du 16 janvier 2001 pour l'axe de suivi « *LES SOINS ET SERVICES DANS LA COMMUNAUTÉ* ».

Cet axe de suivi comprend 7 regroupements d'indicateurs que nous présentons dans l'ordre qui suit :

- l'accès aux chirurgies;
- l'accès aux traitements en radio-oncologie;
- la durée moyenne de séjour (DMS) en CHSGS;
- les séjours excessifs sur civière à l'urgence;
- l'accès à l'hébergement en CHSLD et en ressource non institutionnelle;
- l'accès aux services en déficience intellectuelle.

1. L'ACCÈS AUX CHIRURGIES

Les résultats visés par le « Défi de l'accès 1998-2002 » sont : 1) en chirurgie cardiaque adulte, éliminer la liste d'attente et assurer l'accès à une chirurgie dans un délai de 3 mois; 2) en orthopédie, réduire le temps d'attente pour les chirurgies de prothèse totale de la hanche ou du genou; 3) en ophtalmologie, diminuer le nombre de patients en attente pour une chirurgie de la cataracte et réduire le temps d'attente. La Régie régionale demande au Ministère des budgets de développement : 3,9 M$ en cardiologie adulte, 1,8 M$ en orthopédie et 1 M$ pour la chirurgie de la cataracte.

INDICATEUR(S) LIÉ(S) AUX SERVICES :

- ✓ le nombre d'adultes en attente d'une chirurgie cardiaque et le pourcentage d'usagers en attente de plus de 3 mois[1];
- ✓ le nombre d'adultes en attente d'une chirurgie de prothèse totale de la hanche ou du genou et le pourcentage d'usagers en attente de 6 mois et plus;
- ✓ le nombre d'adultes en attente d'une chirurgie de la cataracte et le pourcentage d'usagers en attente de 6 mois et plus;
- ✓ l'évolution des chirurgies réalisées et planifiées.

INDICATEUR(S) LIÉ(S) AUX RESSOURCES :

- ✓ l'évolution des développements budgétaires.

INDICATEUR(S) COMPLÉMENTAIRE(S) :

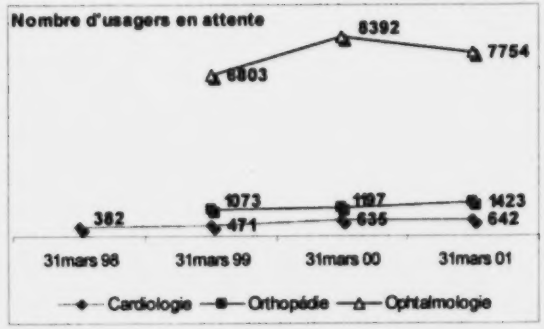
- ✓ le volume d'heures présence dans les salles d'opération;
- ✓ le volume d'usagers en salle d'opération.

RÉSULTAT(S) :

Au 31 mars 2001 :

- ❑ 642 adultes sont inscrits en liste d'attente pour une **chirurgie cardiaque** (notamment pour un pontage ou un remplacement valvulaire). Parmi eux, 37 % (235 / 642) des usagers attendent depuis plus de 3 mois. En comparaison avec le 31 mars 2000, le nombre d'usagers en attente se maintient alors que le pourcentage d'usagers qui attendent plus de 3 mois augmente de 11 %.

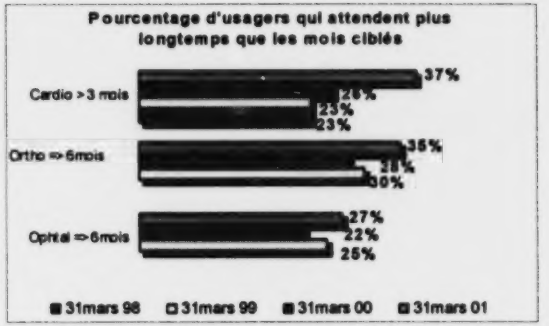
- ❑ 1 423 adultes sont inscrits en liste d'attente pour une **chirurgie orthopédique** (prothèse complète de la hanche ou du genou). Parmi eux, 35 % (498 / 1 423) des usagers attendent depuis 6 mois et plus. En rapport avec le 31 mars 2000, le nombre d'usagers en attente a augmenté (226; 19 %) ainsi que le pourcentage d'usagers qui attendent plus de 6 mois et plus (7 %).



Source : Services multiclientèles de courte durée, relevés auprès des établissements

[1] Le Réseau québécois de cardiologie tertiaire (RQCT) a développé un consensus relativement à un délai acceptable de 3 mois pour l'accès à une chirurgie cardiaque non urgente.

- 7 754 adultes sont inscrits en liste d'attente pour une **chirurgie de la cataracte**. Parmi eux, 27 % (2 094 / 7 754) attendent depuis 6 mois et plus. En rapport avec le 31 mars 2000, le nombre d'usagers en attente a baissé (-638; -8 %) alors que le pourcentage d'usagers qui attendent plus de 6 mois a augmenté (5 %).



Source : Services multiclientèles de courte durée, relevés auprès des établissements

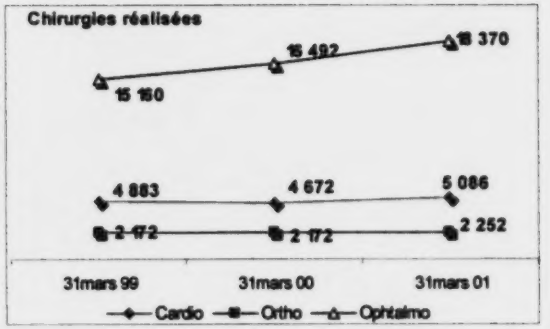
Les chirurgies planifiées et réalisées

Au **31 mars 2001 :**

- les 5 086 chirurgies cardiaques pour adultes réalisées représentent 93 % de l'objectif fixé (5 484). Remarquons qu'en comparaison avec l'an 2000, les chirurgies ont augmenté de 9 % (414).

- les 2 252 chirurgies complètes de la hanche ou du genou réalisées représentent également 93 % des chirurgies planifiées (2 414). Il s'agit d'une augmentation de 4 % (80 chirurgies de plus) en rapport avec l'an 2000.

- les 18 370 chirurgies de la cataracte faites représentent quant à elles 108 % de l'objectif annuel fixé (16 983). En comparaison avec l'an 2000, il s'agit d'une hausse de 11 % (1 878).



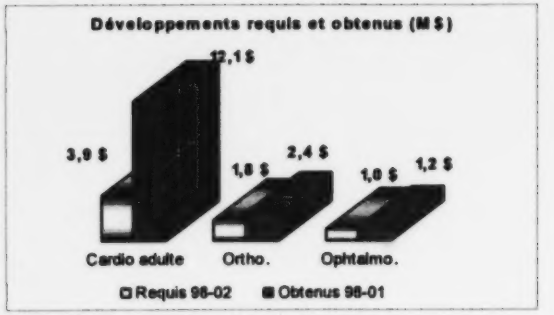
Source : Services multiclientèles de courte durée, relevés auprès des établissements

L'ÉTAT DES RESSOURCES :

Les développements budgétaires

Les développements récurrents obtenus pour la période 1998-2001 se chiffrent à :

- 12,1 M$, soit 8,2 M$ de plus que les développements planifiés en chirurgie cardiaque adulte;
- 2,4 M$, soit 0,6 M$ de plus que les développements planifiés pour des prothèses totales de la hanche ou du genou;
- 1,2 M$, soit 0,2 M$ de plus que les développements planifiés pour la chirurgie de la cataracte.

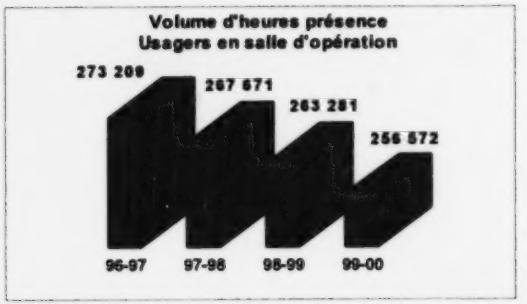


Source : Direction de la programmation et coordination

INDICATEURS COMPLÉMENTAIRES : LA PRATIQUE CHIRURGICALE

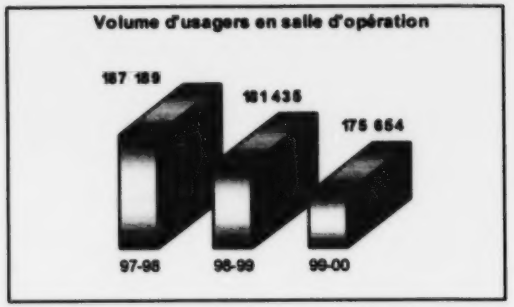
En toile de fond, nous présentons une analyse réalisée par les Services multiclientèles de courte durée. Cette analyse permet de mettre en évidence des constats au niveau de la pratique chirurgicale hospitalière.

« En 1996-1997, la production des salles d'opération de la région de Montréal-Centre était de 273 209 heures présence usagers. Dans le cadre du « Défi de l'accès 1998-2002 », l'objectif était fixé à 274 000 heures présence usagers. Depuis, nous constatons une diminution graduelle de ce volume. Depuis 1997-1998, nous observons une diminution de 11 099 heures présence usagers ou de 4 % de la production. Elle s'accompagne d'une diminution du nombre d'interventions chirurgicales effectuées (baisse de 11 535 usagers ou 6 %).



Source : Services multiclientèles de courte durée, SAFO

Déjà en 1996-1997, pour compenser la fermeture de certains CHSGS, la Régie régionale investissait pour augmenter les interventions chirurgicales dans les autres CHSGS. Depuis 1998-1999, les subventions ciblent des interventions spécifiques. Nous constatons que plusieurs hôpitaux atteignent les objectifs d'interventions ciblées tout en diminuant leur production totale en salle d'opération ».



Source : Services multiclientèles de courte durée, SAFO

CONCLUSION :

La croissance des listes d'attente en chirurgie peut s'expliquer par différents facteurs dont l'augmentation de la demande et de l'indication clinique de procéder aux interventions et, le manque de disponibilité de ressources (humaines, lits). Dans ce contexte, l'urgence d'intervenir en fonction de la condition d'un patient (ex. : pontage coronarien) peut avoir un impact sur le délai d'accès à d'autres chirurgies (ex. : prothèse totale de la hanche ou du genou).

La réorganisation du travail est une avenue d'ores et déjà explorée dans la région pour faire face notamment à la pénurie du personnel infirmier qui a un impact sur la disponibilité des lits (soins intensifs et autres) et de l'accès aux salles d'opération.

2. L'ACCÈS AUX TRAITEMENTS EN RADIO-ONCOLOGIE

OBJECTIF(S) :

Pour favoriser l'accès aux traitements en radio-oncologie, la Régie régionale demande au Ministère un budget de développement récurrent de 6 M$ dans le cadre du Plan 1998-2002.

INDICATEUR(S) LIÉ(S) AUX SERVICES[2] :

Pour le cancer du **sein**, de la **prostate**, et les **autres sites** de cancer :

- ✓ le nombre de personnes prêtes à recevoir leurs traitements en radio-oncologie suite à une chirurgie, à un traitement de chimiothérapie ou d'hormonothérapie et, parmi elles, le pourcentage de personnes qui attendent depuis plus de 8 semaines;
- ✓ l'évolution du nombre de patients traités et de traitements réalisés.

INDICATEUR(S) LIÉ(S) AUX RESSOURCES :

- ✓ l'évolution des postes (ETC) de techniciens en radiothérapie et de médecins radio-oncologues;
- ✓ l'évolution des développements budgétaires.

INDICATEUR(S) COMPLÉMENTAIRE(S) :

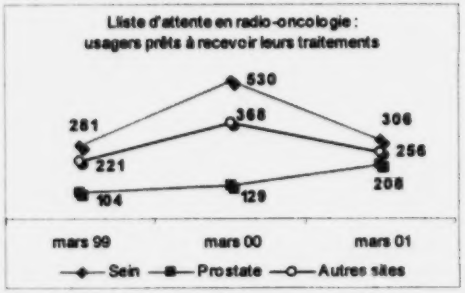
- ✓ les usagers traités aux Etats-Unis et à Trois-Rivières.

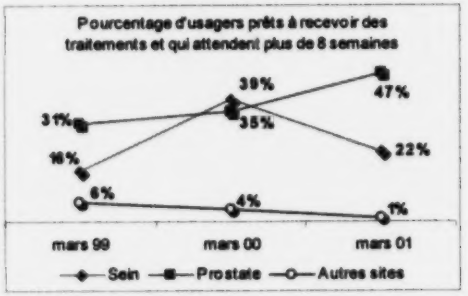
RÉSULTAT(S) :

La liste d'attente

Au 31 mars 2001,

- ❑ Pour le cancer du **sein**, 306 personnes prêtes à recevoir leurs traitements en radio-oncologie sont inscrites en liste d'attente. Parmi elles, 22 % (68 / 306) attendent depuis plus de 8 semaines. En comparaison avec le 31 mars 2000, le nombre de personnes prêtes à recevoir leur traitement mais qui les attendent toujours a diminué (-224; -42 %) et, le pourcentage d'usagers qui attendent depuis plus de 8 semaines également (-17 %).
- ❑ Pour le cancer de la **prostate**, 208 usagers prêts à recevoir leurs traitements en radio-oncologie sont inscrits en liste d'attente. Parmi eux, 47 % (99 / 208) attendent depuis plus de 8 semaines. En comparaison avec le 31 mars 2000, le nombre d'usagers prêts à recevoir leurs traitements mais qui les attendent toujours a augmenté (79; 61%) et, le pourcentage d'usagers qui attendent depuis plus de 8 semaines également (12 %).





Source : Services multiclientèles de courte durée, relevés auprès des établissements

[2] Le Comité provincial de radio-oncologie a développé un consensus concernant un délai raisonnable de 8 semaines pour accéder à des traitements en radio-oncologie. Le MSSS suit dorénavant les listes d'attente en radio-oncologie en fonction de ce critère.

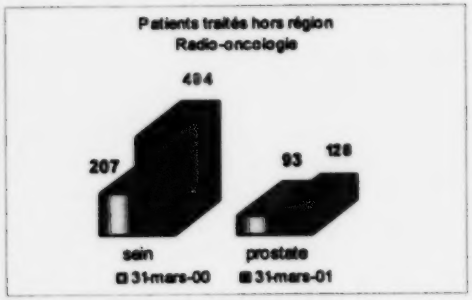
- Pour l'ensemble des **autres sites de cancer**, 256 usagers prêts à recevoir leurs traitements en radio-oncologie sont inscrits en liste d'attente. Parmi eux, 1 % (4 / 256) des usagers attendent plus de 8 semaines. En rapport avec le 31 mars 2000, le nombre d'usagers prêts à recevoir leurs traitements mais qui les attendent toujours a diminué (-112; -30 %) et, le pourcentage d'attente excessive également (-3 %).

Source : Services multiclientèles de courte durée, relevés auprès des établissements

Les patients traités dans la région

Au 31 mars 2001, tous sites de cancer confondus :

- 11 681 patients ont été traités en cours d'année soit une augmentation de 2 % (230 patients de plus) par rapport à 1999-2000.
- 181 018 traitements ont été réalisés, c'est-à-dire une augmentation de 1 % en comparaison avec 1999-2000.



Source : Comité provincial de radio-oncologie

Les patients traités hors région

Le programme de transfert, aux Etats-Unis, de patients nécessitant des traitements en radio-oncologie suite à un cancer du sein ou de la prostate a débuté le 16 juin 1999.

Au 31 mars 2001,

- 494 patientes atteintes du cancer du sein ont reçu des traitements en radio-oncologie aux Etats-Unis (465) et à Trois-Rivières (29).
- 128 patients atteints du cancer de la prostate ont reçu des traitements en radio-oncologie aux Etats-Unis.

En décembre 2001, le Ministère de la santé et des services sociaux prévoit la cessation des traitements hors région sous peu.

L'ÉTAT DES RESSOURCES :

Les techniciens en radiothérapie

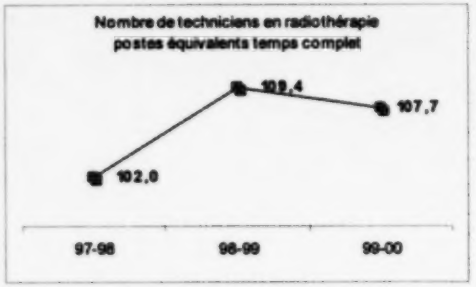
En 1999-2000, on dénombre 107,7 postes équivalents temps complet de techniciens en radio-oncologie soit 5,7 postes de plus qu'en 1997-1998 mais 1,7 postes de moins qu'en 1998-1999.

Les médecins radio-oncologue

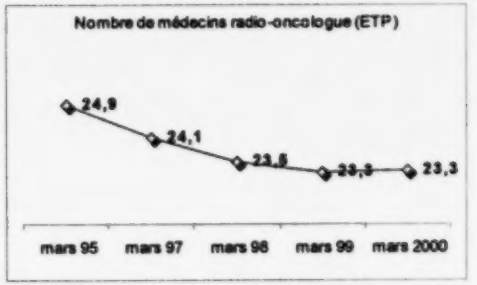
Pour le trimestre finissant le 31 mars 2000, on dénombre 23,3 postes équivalent temps plein (ETP) de médecins radio-oncologue actifs sur la région. En rapport avec le 31 mars 1997, il s'agit d'une baisse de 0,8 poste (ETP) et de 1,6 postes depuis 1995.

Les développements budgétaires

Les développements récurrents obtenus pour la période 1998-2001 se chiffrent à 4,8 M$ soit 80 % des budgets demandés au MSSS. En plus des budgets de fonctionnement alloués, 16,6 M$ ont été investis pour des équipements.



Source : Direction des ressources humaines, R22



Direction des affaires médicales, RAMQ

CONCLUSION :

On traite plus de patients dans la région et hors région mais, le nombre d'usagers prêts à recevoir leurs traitements mais qui les attendent toujours augmente pour les personnes atteintes d'un cancer de la **prostate** et, le pourcentage d'attente excessive (plus de 8 semaines) également. Pour le cancer du **sein**, et pour l'ensemble des **autres sites** de cancer, la situation s'améliore pour ces 2 paramètres.

La disponibilité de médecins radio-oncologue et de techniciens en radio-oncologie fluctue sans écarts marqués toutefois sur les années d'observation. Des budgets de développement ont été investis dans la région notamment au niveau du parc régional d'équipements.

3. LA DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR EN CHSGS

OBJECTIF(S) :

Pour les soins spécialisés de courte durée en CHSGS, le « Défi de l'accès 1998-2002 » vise à diminuer la durée moyenne de séjour (DMS) à 6,8 jours pour les soins physiques et à 20 jours pour les soins psychiatriques de courte durée.

INDICATEUR(S) LIÉ(S) AUX SERVICES :

- ✓ **la durée moyenne de séjour (DMS) pour des soins physiques de courte durée;**
- ✓ **la DMS pour des soins psychiatriques de courte durée.**

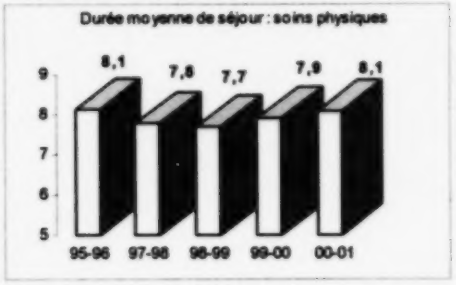
RÉSULTAT(S) :

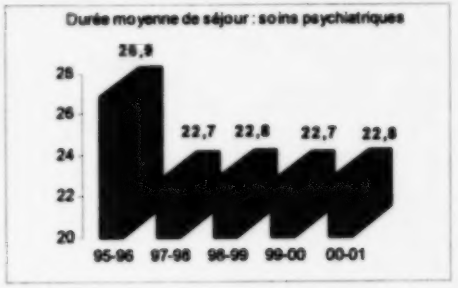
La DMS pour des soins physiques de courte durée[3]

En 2000-2001,, la durée moyenne de séjour (DMS) pour les soins physiques de courte durée en CHSGS est de 8,1 jours soit l'équivalent de l'année 1995-1996. La DMS a augmenté de 0,3 jour en rapport avec l'année de référence 1997-1998.

La DMS en psychiatrie[4]

En 2000-2001, en psychiatrie adulte de courte durée, la DMS (22,8 jours) a diminué de 4,1 jours par rapport à 1995 alors qu'elle demeure stable au cours du « Plan 1998-2002 ».





Source : Service des études et de l'évaluation, fichiers Med-Écho

CONCLUSION :

La DMS pour les soins physiques de courte durée augmente progressivement au cours du « Plan 1998-2002 ». L'objectif visé de 6,8 jours apparaît difficile à réaliser. Cet objectif devrait être redéfini à la lumière des profils de clientèles actuellement desservies en CHSGS. La DMS pour les soins psychiatriques de courte durée demeurent stables depuis 4 ans.

---

[3] Telle que calculée, la DMS exclut les soins de longue durée, les nouveau-nés et les séjours dans les CH spécialisés en réadaptation.

[4] Telle que calculée la DMS prend en compte le service 90, exclut le service 78 (pédopsychiatrie) et les centres hospitaliers à vocation psychiatrique. On retire les données du CHUM pour les années 1998, 1999 et 2000.

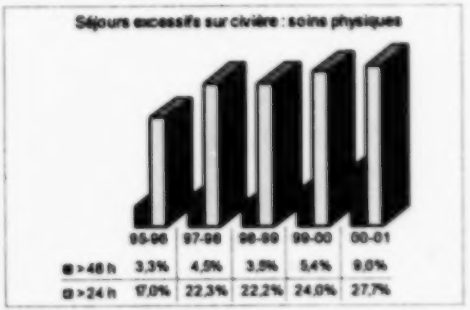
4. LES SÉJOURS EXCESSIFS SUR CIVIÈRE

OBJECTIF(S) :
Pour les soins physiques de courte durée en CHSGS, le « Défi de l'accès 1998-2002 » vise à éliminer tout séjour de plus de 24 heures et de plus de 48 heures à l'urgence et, pour les soins psychiatriques en CHSGS et en centres hospitaliers de soins psychiatriques (CHSP), éliminer les séjours de plus de 48 heures à l'urgence.

INDICATEUR(S) LIÉ(S) AUX SERVICES :
- ✓ **pour les soins physiques en CHSGS, le pourcentage de séjours de plus de 24 heures et 48 heures sur civière;**
- ✓ **pour les soins psychiatriques en CHSGS et CHSP, le pourcentage de séjours de plus de 48 heures sur civière.**

INDICATEUR(S) COMPLÉMENTAIRE(S) :
- ✓ **l'évolution du nombre de patients sur civière;**
- ✓ **l'évolution du nombre de personnes âgées de 75 ans et plus ayant séjourné dans les urgences et hospitalisées via les urgences;**
- ✓ **l'évolution des séjours moyens sur civière.**

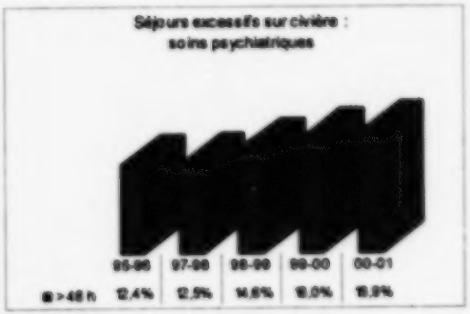
RÉSULTAT(S) :



Source : Service des études et de l'évaluation, Registre des patients sur civière

Pour des **soins physiques**[5] de courte durée, en **2000-2001**,
- ❑ **27,7 % des usagers sur civières ont séjourné plus de 24 heures dans les salles d'urgence soit une hausse de 5,4 % en rapport avec l'année de référence 1997-1998 et de 10,7 % en comparaison de 1995-1996.**
- ❑ **9 % des usagers sur civières sont demeurés plus de 48 heures à l'urgence soit une augmentation de 4,5 % en rapport avec 1997-1998 et de 5,7 % en comparaison avec 1995-1996.**

[5] Ne comprend pas les urgences pédiatriques ni les urgences psychiatriques en CHSGS.



Pour des **soins psychiatriques en CHSGS et CHVP**, en **2000-2001**,

- le pourcentage de séjours de **plus de 48 heures** sur civière est de 16,9 %. En comparaison avec 1997-1998 et 1995-1996, il s'agit d'une hausse de 4,5 %.

Source : Service des études et de l'évaluation, Registre des patients sur civière

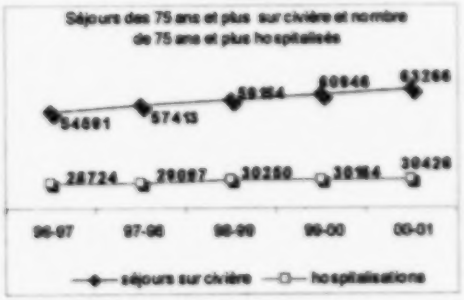
INDICATEURS COMPLÉMENTAIRES : CLIENTÈLE SUR CIVIÈRE À L'URGENCE

Les données compilées par le MSSS, à partir du registre des patients sur civière, nous offrent des informations complémentaires. Notons que ces données incluent les urgences pédiatriques, les urgences psychiatriques en CHSGS et en CH à vocation psychiatrique. Les données présentées incluent donc tous les types de soins (physiques, psychiatriques et pédiatriques).

L'évolution du nombre de patients sur civière

En 2000-2001, 294 344 patients ont occupé une civière dans les salles d'urgences de la région. Le nombre de patients sur civière a baissé de 1995 (306 116) à 1997 (282 752) pour remonter depuis tout en demeurant inférieur au volume de 1995 (306 116; - 4 %).

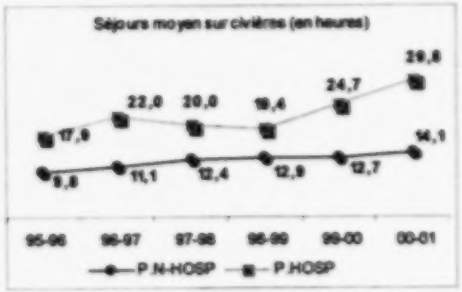
Source : Service des études et de l'évaluation, Registre des patients sur civière



Source : Registre des patients sur civières, MSSSS

Les patients de 75 ans et plus sur civière

Le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus occupant une civière dans les urgences a augmenté de 16 % entre 1996 (54 591) et l'an 2000 (63 266). En 2000-2001, 48,1 % (30 426/63 266) des personnes âgées de 75 ans et plus qui ont séjourné dans les urgences ont été hospitalisées alors que pour les autres années d'observation, ce pourcentage varie entre 50 % et 54 %.



Source : Registre des patients sur civières, MSSSS

Les séjours moyens sur civière

Toutes catégories d'âge confondues, pour la période 1995-2000, en moyenne 36 % des personnes sur civière ont été admises à l'hôpital. Pendant cette période, le séjour moyen sur civière est passé de 17,9 heures à 29,8 heures pour les **personnes hospitalisées** soit une augmentation de 66 %. Le séjour moyen des **personnes non hospitalisées** quant à lui a augmenté de 44 % passant de 9,6 heures à 14,1 heures. Les cibles fixées par le MSSS sont de 8 heures pour les personnes non hospitalisées et de 12 heures pour les personnes hospitalisées.

CONCLUSION :

La situation continue d'être difficile dans les salles d'urgences. Si on se réfère à l'analyse de la situation et à la littérature sur le sujet, on sait que l'encombrement des salles d'urgence résulte de nombreux facteurs tant internes qu'externes aux centres hospitaliers. On pense aux facteurs suivants : le nombre de personnes qui s'y présentent, leur état de santé, les événements au service d'urgence, le nombre de lits disponibles dans l'hôpital, la disponibilité du personnel infirmier pour maintenir l'ouverture des lits notamment lors de certaines périodes de l'année (vacances), la disponibilité des services de réadaptation, d'hébergement et des services à domicile, enfin, l'organisation des services médicaux de première ligne.

Les indicateurs complémentaires nous permettent de voir qu'une pression croissante s'exerce sur les salles d'urgences notamment par une clientèle de plus en plus âgée et davantage susceptible d'être hospitalisée. De plus, on constate que les séjours moyens sur civière pour la région dépassent les objectifs ciblés par le MSSS.

5. LE TAUX D'ADMISSION DANS LE RÉSEAU DES CHSLD
6. LE DÉLAI MOYEN D'ACCÈS EN HÉBERGEMENT

OBJECTIF(S) :

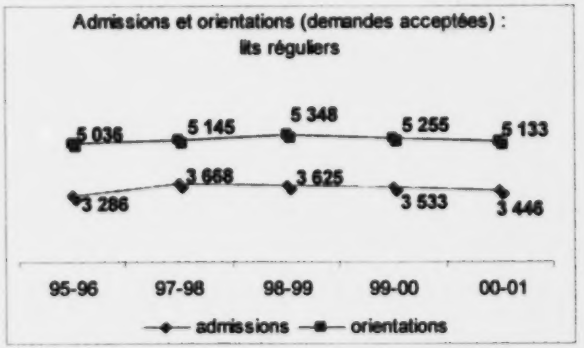
Le « Défi de l'accès 1998-2002 » vise à améliorer l'accès à l'hébergement notamment pour les usagers requérant 2,5 heures-soins et plus par jour et, à augmenter le nombre de personnes en perte d'autonomie maintenues à domicile nécessitant entre 1,5 et 2,5 d'heures-soins par jour sans surveillance continue. La planification régionale prévoit maintenir un parc de 14 017 lits au permis en CHSLD, augmenter à 60 % la proportion de lits au permis pouvant accueillir une clientèle requérant 2,5 heures-soins et plus par jour et, développer 400 places de ressources d'hébergement non institutionnelles. La Régie demande des budgets de développement au MSSS : 47 M$ pour le réseau de l'hébergement.

INDICATEUR(S) LIÉ(S) AUX SERVICES :

- ✓ le taux d'admission dans les lits réguliers;
- ✓ le taux de réponse dans les lits réguliers et provisoires;
- ✓ le pourcentage d'admission selon les heures-soins requises;
- ✓ le pourcentage d'usagers admis en hébergement nécessitant moins de 1,5 heures-soins avec et sans surveillance;
- ✓ le délai d'accès en hébergement.

INDICATEUR(S) LIÉ(S) AUX RESSOURCES :

- ✓ l'évolution des lits dressés dans le réseau de l'hébergement et le pourcentage de lits de 2,5 heures-soins et plus;
- ✓ l'évolution des budgets de développement pour le réseau des CHSLD.

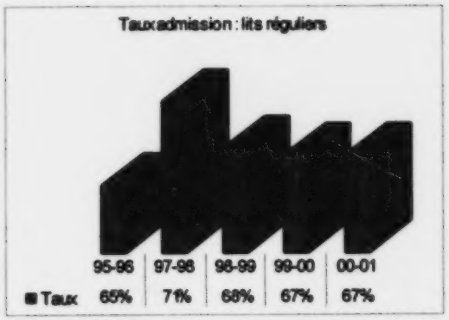


Source : Service de l'informatique, base Info-admission

RÉSULTAT(S) :

Taux d'admission : les lits réguliers

En **2000-2001,** le réseau des CHSLD a admis 3 446 personnes requérant pour une première fois un hébergement, sur un potentiel de 5 133 personnes qui ont vu leur demande acceptée. Dans le parc de lits réguliers, le nombre réel d'admissions a baissé de 6 % (-222) par rapport à **1997-1998** alors que les orientations (personnes acceptées) se maintiennent.



Source : Service de l'informatique, base Info-admission

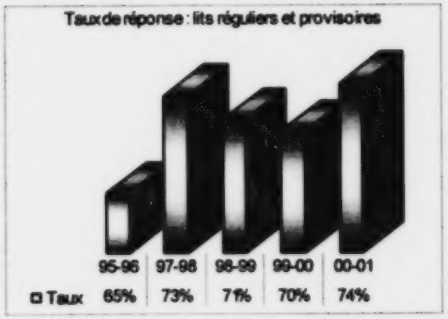
En 2000-2001 :

- le taux d'admission dans le parc de lits réguliers est de 67 %. En comparaison avec 1997-1998, le taux d'admission a baissé de 4 %.

- Le taux d'admission demeure relativement stable durant les 3 premières années du « Défi de l'accès 1998-2002 ». Il se rapproche sensiblement du taux de 1995-1996 alors que le changement de vocation de certains centres hospitaliers de soins de courte durée avait permis d'augmenter le nombre de lits d'hébergement disponibles.

Une information complémentaire mérite d'être observée afin de nuancer nos propos. La région dispose depuis 1997 de lits provisoires financés dans le cadre du programme de désengorgement des urgences des centres hospitaliers. En principe, ces lits doivent être fermés suite à la relocalisation des usagers dans les lits réguliers lorsqu'ils se libèrent. En pratique, des lits sont financés annuellement.

Quel serait le taux de réponse au besoin d'hébergement si, en plus des admissions dans les lits réguliers, on considérait le nombre de personnes qui transitent dans des lits financés de façon provisoire?

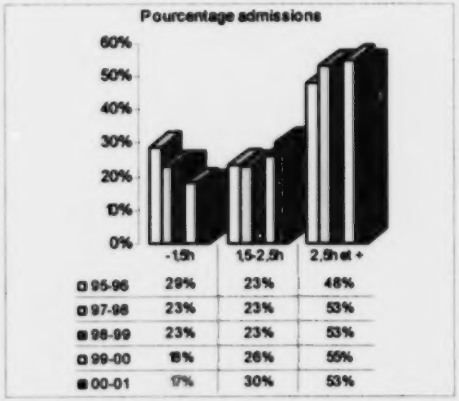


Source : Service de l'informatique, base Info-admission

Taux de réponse : les lits réguliers et provisoires

Si, en plus des admissions dans les lits réguliers, on considère le nombre de personnes qui transitent dans des lits financés de façon provisoire, on peut parler d'un taux de réponse variant entre 70 % et 74 % pour les 3 premières années du « Défi de l'accès 1998-2002 ».

L'ajout annuel de lits financés de façon provisoire a permis à la région de maintenir un taux de réponse au besoin d'hébergement au-dessus de la barre des 70 %.



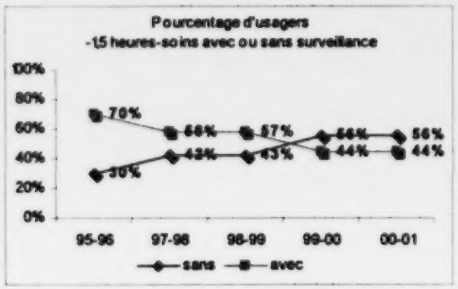
Source : Service de l'informatique, base Info-admission

Admissions selon les heures-soins requises dans les lits réguliers

En 2000-2001 :

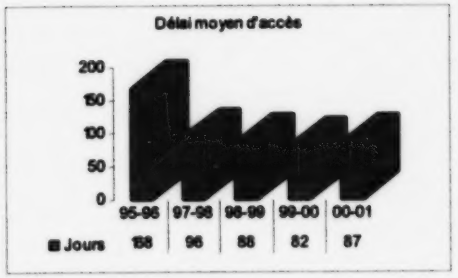
- 53 % (1 822 / 3 446) des usagers admis nécessitent 2,5 heures-soins et plus par jour ce qui représente la même proportion qu'en 1997-1998.

- 17 % (584 / 3 446) des usagers admis nécessitent moins de 1,5 heures-soins par jour **avec et sans surveillance** ce qui représente une baisse de 6 % par rapport à 1997-1998.



Source : Service de l'informatique, base Info-admission.

- Par ailleurs, parmi les usagers admis, 56 % nécessitent moins de 1,5 heures-soins sans surveillance continue, soit globalement 6 admissions sur 10. Le pourcentage de personnes admises nécessitant moins de 1,5 heures-soins sans surveillance continue par jour s'est inversé, alors que l'on hébergeait 3 ou 4 personnes sur 10 en 1995, 1997 et 1998.



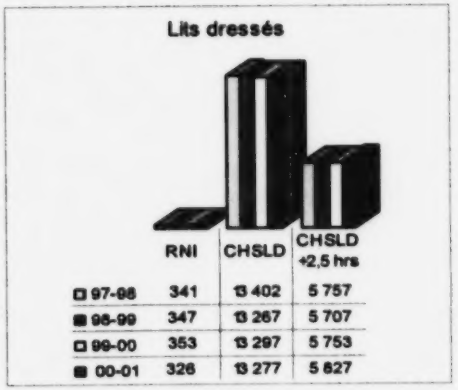
Le délai moyen d'accès dans les lits réguliers
En **2000-2001** :

- le délai moyen d'accès à l'hébergement est de 87 jours. Il s'agit d'une baisse de 9 jours en rapport avec le délai enregistré en 1997-1998.
- 71 % des usagers ont été admis dans le cadre de ce délai.
- C'est dans la sous-région de Sacré-Cœur que le délai moyen d'accès est le plus court (65 jours) et dans la sous-région de Ste-Justine qu'il est le plus long (143).

Nombre et pourcentage d'usagers admis selon le délai d'accès 2000-2001			
≤ 3 mois	4 à 6 mois	7 à 12 mois	>12 mois
2,433 71 %	591 17 %	319 9 %	103 3 %

Délai moyen d'accès par sous-région en 2000-2001						
S-Coeur	G-Mtl	St-Luc	M.-Rsmt	Lakeshore	Verdun	Ste-Justine
65 jrs	75 jrs	78 jrs	80 jrs	91 jrs	102 jrs	143 jrs

Source : Service de l'informatique, base Info-admission



Source : Service de l'informatique, base Info-admission.

L'ÉTAT DES RESSOURCES :
Le parc de lits « réguliers »

En **2000-2001,** on dénombre :

- 326 places utilisées en ressources non institutionnelles soit 15 places de moins qu'en 1997-1998;
- 13 277 lits dressés en CHSLD soit 125 lits de moins qu'en 1997-1998;
- 44 % (5 827 / 13 277) de lits dressés de 2,5 heures-soins en CHSLD soit une augmentation 1 % (70 lits) depuis 1997-1998.

Source : Service de l'informatique, base Info-admission.

Les lits provisoires dressés
Pour désengorger les salles d'urgences des CHSGS, des patients nécessitant des services d'hébergement sont transférés dans des lits provisoires financés avec des budgets non récurrents. En **2000-2001,** on dénombre 203 lits dressés provisoirement alors qu'il y en avait 12 en 1997-1998.

Les budgets de développement alloués
En **2000-2001,** 7,3 M$ ont été alloués en CHSLD soit 16 % du total des budgets requis (47 M$).

CONCLUSION :
En l'an 3 du Plan 1998-2002, le taux d'admission en hébergement a baissé par rapport à l'année de référence 1997-1998 mais demeure relativement stable depuis. En terme absolu, les admissions dans les lits réguliers baissent alors que les orientations (demandes acceptées) se maintiennent.

L'ajout annuel de lits financés de façon provisoire (budget non récurrent) a permis à la région de maintenir le taux de réponse au besoin d'hébergement au-dessus de la barre des 70 %.

Si on porte attention aux admissions dans les lits réguliers, on remarque que les admissions d'usagers nécessitant 2,5 heures-soins et plus par jour demeurent majoritaires mais stables. Les admissions de personnes nécessitant moins de 1,5 heures-soins par jour baissent tel qu'espéré mais 6 admissions sur 10 pour cette catégorie d'heures-soins n'exigent pas de surveillance continue.

Le délai moyen d'accès aux services a diminué par rapport à 1997-1998 mais n'accuse plus de gain au cours du Plan 1998-2002.

Les lits et places d'hébergement ne se sont pas développés tels que planifiés notamment, les ressources non institutionnelles. Parallèlement, les lits provisoires achetés pour désengorger les urgences des CHSGS croissent annuellement. Le récent développement budgétaire, alloué pour faire face à l'alourdissement de la clientèle, ne permet pas de rehausser le nombre de lits de 2,5 heures-soins et plus. Globalement, l'observation des indicateurs suggère que dans le cadre des ressources disponibles l'amélioration de l'accès à l'hébergement ne peut progresser.

7. L'ACCÈS AUX SERVICES EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

OBJECTIF(S) :

Le « Défi de l'accès » vise, d'ici 2002, à éliminer toute liste d'attente dans les 3 programmes offerts par les centres de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI), à savoir : les programmes résidentiel, socioprofessionnel et le soutien à la personne, à la famille et à la communauté. Il en est de même pour les subventions de soutien à la famille offertes par les CLSC. Pour ce faire, la Régie régionale demande au Ministère un budget de développement récurrent de 12 M $ et invite les CR à transformer les services résidentiels et socioprofessionnels pour l'équivalent de 9,7 M$. 2,3 M $ sont destinés aux services de soutien offerts par les CLSC.

INDICATEUR(S) LIÉ(S) AUX SERVICES :

Les indicateurs de suivi pour les CRDI sont, tous programmes confondus et tous âges confondus et, pour les enfants de 5 ans et moins :

- ✓ **le nombre d'usagers différents desservis au 31 mars;**
- ✓ **le nombre de nouveaux usagers en attente d'un premier service au 31 mars.**

Les indicateurs de suivi pour le réseau des CLSC sont, au 31 mars de l'année :

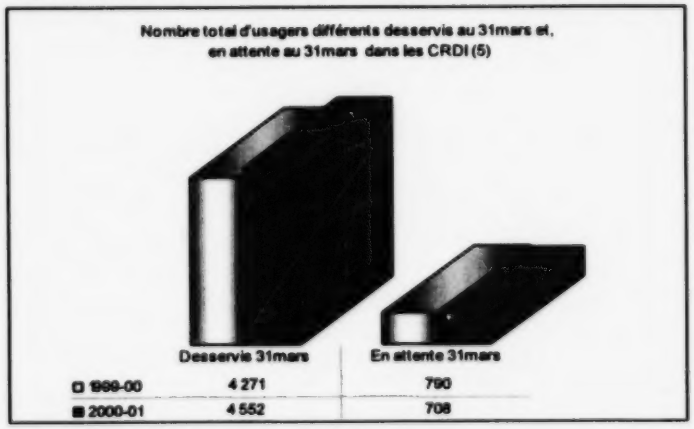
- ✓ **le nombre d'usagers en attente pour une première subvention dans le cadre du programme de soutien à la famille;**
- ✓ **entre le 1er avril et le 31 mars de l'année, le nombre d'usagers qui ont reçu une première subvention dans le cadre du programme de soutien à la famille.**

INDICATEUR(S) LIÉ(S) AUX RESSOURCES :

- ✓ **l'évolution des budgets de développement en CRDI et CLSC.**

RÉSULTAT(S) : CRDI

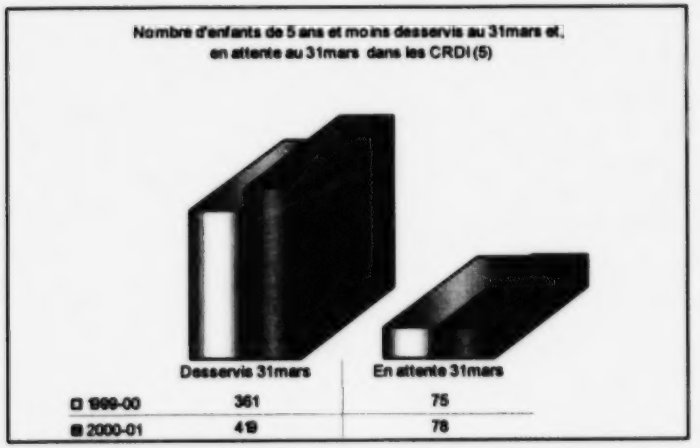
Les résultats présentés sont basés sur le traitement du SIC-DI. Ils offrent un ordre de grandeur fiable des usagers desservis et en attente de services des CRDI. Le SIC-DI est une base de données relativement jeune. Des travaux se poursuivent d'une part pour assurer la rigueur nécessaire à la saisie uniforme des données et, d'autre part, la validation et le développement d'autres indicateurs qui seront intégrés incessamment.



Source : Services des études et de l'évaluation, SIC-DI

Tous programmes confondus et toutes catégories d'âges confondues, au **31 mars 2001** :

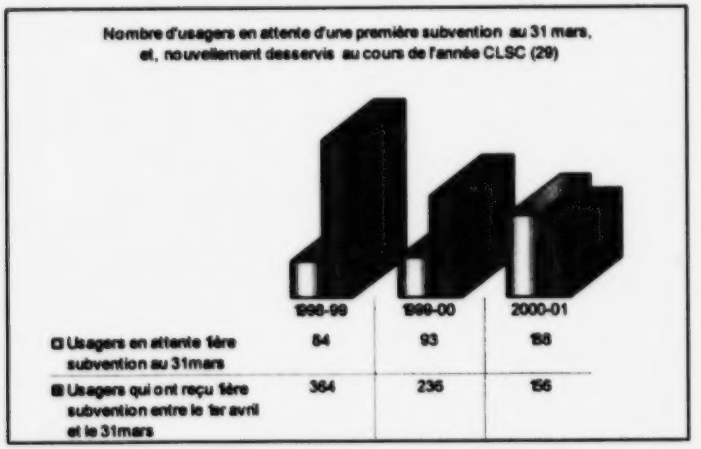
- 4 552 **usagers différents** sont **desservis** par les CRDI soit une augmentation de 7 % (281 personnes de plus) en comparaison avec le 31 mars 2000;
- 708 **usagers différents** sont inscrits en **liste d'attente** pour obtenir un premier service. En comparaison avec le 31 mars 2000, il s'agit d'une baisse de 10 % (82 personnes de moins) pour l'ensemble des CRDI.



Source : Services des études et de l'évaluation, SIC-DI

Tous programmes confondus, au **31 mars 2001** :

- 419 **enfants** de 5 ans et moins sont **desservis** par les CRDI soit une augmentation de 16 % (58 enfants de plus) en comparaison avec le 31 mars 2000;
- 78 **enfants** de 5 ans et moins sont inscrits en **liste d'attente** pour obtenir un premier service soit 3 enfants de plus qu'au 31 mars 2000.



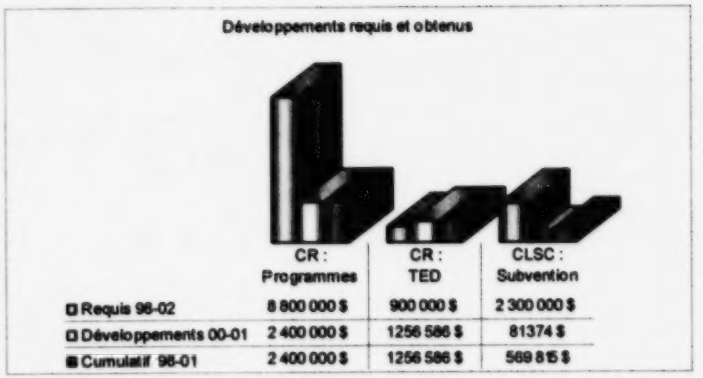
Source : Services multiclientèles de première ligne, relevés auprès des établissements

RÉSULTAT(S) : CLSC

Au **31 mars 2001**, 188 usagers sont en attente d'une première subvention dans le cadre du programme de soutien à la famille offert par les CLSC alors qu'entre le **1er avril 2000 et le 31 mars 2001**, 156 nouveaux usagers ont obtenu pour la première fois une subvention.

En comparaison avec l'année **1999-2000**, le nombre d'usagers inscrits en liste d'attente a doublé, alors que l'accès à une première subvention a baissé de 34 % (80 usagers de moins).

L'ÉTAT DES RESSOURCES :



Source : Direction de la programmation et coordination

Les développements budgétaires requis et obtenus

En **2000-2001** :

- les **CRDI** de la région obtiennent un budget de développement de l'ordre de 3,6 M$. Ce budget représente 38 % du développement requis pour le « Plan 1998-2002 ». Un budget de développement de l'ordre de 1,5 M$ a été annoncé pour l'année 2001-2002.

- Les **CLSC** de la région obtiennent un budget de développement de l'ordre de 81 374 $. Pour la période 1998-2001, le budget total (569 815 $) alloué pour le programme de subvention à la famille représente 25 % du développement requis.

CONCLUSION :

En l'an 3 du Plan d'action, tous programmes confondus et toutes catégories d'âges confondues, les CRDI desservent davantage d'usagers (+7 %) et le nombre d'usagers en attente baisse (-10 %) malgré un développement budgétaire qui a tardé à venir. Plus spécifiquement, les centres desservent plus d'enfants de 5 ans et moins (+16 %) mais la liste d'attente demeure stable pour cette clientèle prioritaire. Il est probable qu'une partie de l'augmentation des clientèles desservies ait été rendue possible grâce à la transformation des ressources en CRDI, notamment, les ressources résidentielles.

En CLSC, le nombre d'usagers inscrits en liste d'attente pour une première subvention double et le nombre d'usagers qui obtiennent une première subvention diminue de plus du tiers dans un contexte ou les développement budgétaire reçu est moins généreux qu'en l'an 1 et 2 du Plan.

EN CONCLUSION :

Pour faire face à l'augmentation de la demande en chirurgie et à la pénurie du personnel infirmier qui a un impact sur la disponibilité des lits (soins intensifs et autres) et de l'accès aux salles d'opération, une réorganisation du travail est d'ores et déjà sur la table de travail. De plus, la Régie entend augmenter les objectifs d'interventions chirurgicales.

Les alternatives de traitements en radio-oncologie hors région se poursuivent. Parallèlement, des travaux sont menés, tant au niveau provincial que régional, pour améliorer la disponibilité des ressources humaines et, augmenter la capacité du réseau à traiter les usagers dans les délais requis.

Les cibles régionales quant à la durée moyenne de séjour en CHSGS devraient être révisées.

Les alternatives à l'urgence, le bon fonctionnement de la salle d'urgence, la performance de l'hôpital et le suivi après un séjour à l'urgence sont autant de mesures prévues au plan d'amélioration des services. Certaines mesures ont fait l'objet d'une attention particulière cette année comme : la gestion des périodes estivale et hivernale alors que la Régie a procédé à l'ouverture de lits (courte durée, subaigus); à l'achat de places transitoires en hébergement; au développement de divers programmes (programmes ambulatoires en pneumologie, en cardiologie et en insuffisance respiratoire, programme de vaccination contre l'influenza, programmes externes en réadaptation, etc); à l'implantation d'un outil d'évaluation de la pertinence des admissions et séjours hospitaliers; à la poursuite de la réalisation de 3 des 5 centres ambulatoires; etc.

L'accès à l'hébergement en CHSLD se maintient grâce à l'achat de lits transitoires. De nouvelles stratégies s'imposent pour faire face aux besoins d'une population vieillissante.

Les résultats des indicateurs observés indiquent une amélioration de l'accès aux services dans les CRDI. Des travaux se poursuivent pour la consolidation d'indicateurs de résultats basés sur le nouveau système d'information SIC-DI.

Le « Défi de l'accès » identifie trois indicateurs de suivi relatifs à l'impact sur la santé[6].

Pour la fracture de la hanche, l'infarctus du myocarde et les cancers du côlon et du rectum :

- le taux de réadmission en centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) dans un délai de 30 jours suivant un congé hospitalier pour l'une de ces conditions;
- le taux de létalité 90 jours après une admission pour l'une de ces conditions.

Pour l'appendice rompu, asthme, pneumonie, cellulite, insuffisance cardiaque, diabète, gangrène, hypokaliémie, maladies évitables par immunisation, hypertension maligne, pyélonéphrite, ulcère perforé ou avec hémorragie, hernie abdominale en occlusion, phlébite sans embolie pulmonaire:

- le taux d'admission évitable.

INTERPRÉTATION DES INDICATEURS : Ces indicateurs ont été choisis parce qu'ils devraient être particulièrement sensibles aux transformations du réseau de la santé et parce que leur évolution pourrait refléter les effets de ces transformations[7,8,9]. Leur interprétation nécessite cependant une grande prudence car d'autres facteurs que les transformations du réseau peuvent également influencer l'évolution de ces indicateurs. Aussi les utilisons-nous dans un but de repérage. Dans ce contexte, si leur valeur diminue avec le temps, la tendance est positive et encourageante. Si la tendance est la stabilité, on présume que les transformations n'ont pas généré d'effets négatifs mais il faut continuer à surveiller. S'il y a augmentation, la tendance est négative. Il faut alors faire des analyses complémentaires avant d'attribuer ce résultat aux changements effectués dans le réseau, surtout si la tendance a débuté avant que n'aient été amorcées les transformations (1995-1996).

ANALYSES STATISTIQUES : Pour les analyses statistiques, nous combinons les taux des exercices financiers 1993-1994 et 1994-1995 pour former un taux que nous appelons taux de référence car il décrit la situation qui précède les transformations apportées au réseau. Selon la disponibilité des données, nous comparons quatre ou cinq périodes : chacun des exercices financiers qui suivent la période de référence (1995-1996, 1996-1997, 1997-1998, 1998-1999, 1999-2000) *vs* la période de référence. Nous comparons les taux en calculant leur différence et nous vérifions si ces différences sont statistiquement significatives, auquel cas elles apparaissent sur un fond ombragé dans les tableaux. L'approche analytique implique un très grand nombre de comparaisons, ce qui entraîne une plus grande probabilité d'identifier des résultats significatifs ; les paramètres utilisés pour faire nos analyses tiennent compte de ce fait (α= 0,01). Comme nos données décrivent l'expérience de toute la population montréalaise, les nombres sont souvent grands, ce qui rend les analyses statistiques très sensibles. Une telle évaluation doit aussi tenir compte de l'importance clinique des changements observés pour ensuite porter un jugement final. Bien que, pour les analyses statistiques, les années 1993-1994 et 1994-1995 aient été regroupées, les résultats sont présentés séparément pour chacune de ces années dans les graphiques. Cela nous permet de fournir une information plus précise.

NOTE : Ce rapport est une mise à jour. Il présente des données pour la période 1993-1994 à 1998-1999, ou lorsque les données sont disponibles jusqu'à 1999-2000, alors que le précédent couvrait la période 1993-1994 à 1997-1998. On obtient quelquefois des résultats légèrement différents de ceux obtenus lors de l'analyse précédente, car nous avons modifié notre façon de traiter les hospitalisations dans les centres de réadaptation.

---

6 Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux de Montréal-Centre. Le défi de l'accès - Choisir des solutions d'avenir pour améliorer nos services 1998-2001, décembre 1997.

7 Roos N, Shapiro E. *Monitoring the Winnipeg Hospital System: the First Report 1990-1992*. Winnipeg, Manitoba: Manitoba Centre for Health Policy and Evaluation, Faculty of Medicine, University of Manitoba, 1994.

8 Brownell MD, Roos NP. *Monitoring the Winnipeg Hospital System: The Update Report 1993/1994*. Winnipeg, Manitoba. Manitoba Centre for Health Policy and Evaluation, Faculty of Medicine, University of Manitoba, 1996.

9 Groupes de discussion d'experts provenant du réseau des services de Montréal. Direction de la santé publique de Montréal-Centre, 14 et 19 mars 1996.

8. LE TAUX DE RÉADMISSION EN MILIEU HOSPITALIER

INDICATEUR(S) : TAUX DE RÉADMISSION EN CHSGS DANS UN DÉLAI DE 30 JOURS SUIVANT UN CONGÉ HOSPITALIER

Définition : Une réadmission est définie par la première hospitalisation à survenir après un congé hospitalier relatif au premier épisode de soins que connaît un patient au cours d'une année d'observation. Cet épisode correspond à une période ininterrompue de soins en institution, que ces soins aient nécessité ou non le transfert d'un patient d'une institution vers une autre. Il s'agit de l'épisode de soins index. Le diagnostic principal associé à cet épisode est l'une des conditions médicales retenues pour les fins de l'analyse, soit **la fracture de la hanche[10], l'infarctus du myocarde[11], les cancers du côlon et du rectum[12]**. Quant au diagnostic au moment de la réadmission, il peut être associé ou non au diagnostic de l'épisode de soins index. Cet indicateur porte sur les résidants de Montréal-Centre de 18 ans et plus qui ont été admis en CHSGS pour l'une ou l'autre des conditions à l'étude. Sont exclus de l'analyse les individus qui sont décédés au cours de l'épisode de soins index. Les services en soins infirmiers d'un jour ou en soins de longue durée ne sont pas considérés dans l'analyse.

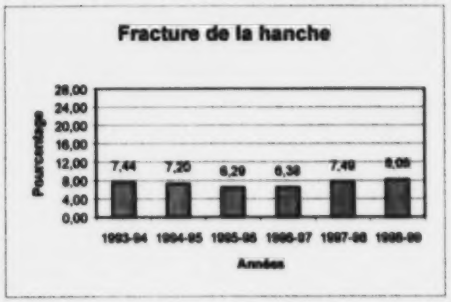
RÉSULTAT(S) :

- Dans le cas de la **fracture de la hanche**, on observe un léger fléchissement du taux de réadmission jusqu'en 1997-1998 où il augmente et se compare alors à ce qui existait avant la réorganisation du réseau de la santé. Par rapport au taux de référence, on note une diminution au cours des années 1995-96 et 1996-97 puis une augmentation pour la dernière année d'observation. Le calcul des intervalles de confiance autour des différences n'indique toutefois aucun changement statistiquement significatif (voir tableau 1). Parallèlement, la durée moyenne du séjour hospitalier diminue de 22,2% en passant de 54,5 jours en 1993-1994 à 42,4 jours en 1998-1999. Sauf pour l'exercice financier de 1998-1999 où 19,5% des patients avaient un indice de gravité clinique élevé ou extrême, cette proportion est demeurée proche de 16% au cours des autres années. Le nombre de patients varie de 1 439 à 1 693, l'âge moyen, de 77,2 à 78,9 ans pour cette période d'observation.
- Pour **l'infarctus du myocarde**, le taux de réadmission fluctue d'année en année, légèrement plus haut après la période de référence. Aucune des différences entre les divers taux n'est statistiquement significative (tableau 1). La durée moyenne du séjour à l'hôpital a diminué de 21,1% entre le début et la fin de la période. On note une tendance à la hausse du pourcentage de patients ayant un indice de gravité clinique élevé ou extrême. Le nombre de patients varie de 3 203 à 4 057 et l'âge moyen demeure sensiblement le même (66,3 ans à 67,3 ans).
- Pour les **cancers du côlon et du rectum**, lorsqu'on compare le taux de référence avec celui des années qui suivent, on ne peut dégager une tendance claire mais l'augmentation observée atteint 4,2% en 1998-1999. Cette augmentation est statistiquement significative et, bien qu'observable chez les cas chirurgicaux (au moment du diagnostic) et non-chirurgicaux (i.e. admission à l'étude n'étant probablement pas pour le traitement initial), elle est beaucoup plus marquée chez ces derniers. Il est à noter qu'en 1997-1998, la proportion de femmes et l'âge moyen des patients atteints de ces cancers ont augmenté. La proportion de patients ayant un indice de gravité clinique élevé ou extrême augmente dans ce cas-ci de façon remarquable sauf pour la dernière année d'observation: elle était de 23,2% en début de période pour atteindre 30,9% en 1997-1998. La durée de séjour a diminué de 27,8%. Le nombre de patients varie de 1 049 à 1 109.

---

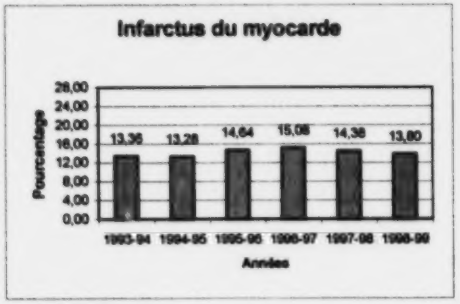
[10] CIM-9: 820
[11] CIM-9: 410, 411
[12] CIM-9: 153, 154.0, 154.1, 197.5, 230.3, 230.4

Taux de réadmission en CHSGS dans un délai de 30 jours suivant un congé hospitalier:



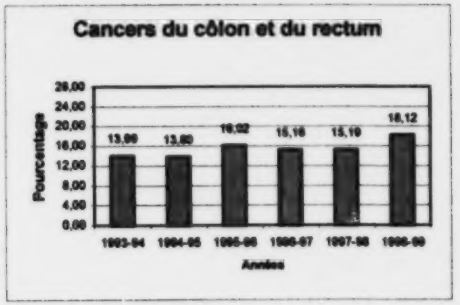
N. de patients	1439	1445	1591	1693	1629	1477
% de femmes	77,6	77,0	76,4	75,2	76,1	76,6
Séjour moyen[1]	54,5	57,7	50,1	46,8	43,2	42,4
Séjour médian[1]	41,0	49,0	45,0	41,0	37,0	40,0
Âge moyen	77,2	78,0	77,5	78,1	77,7	78,9
Gravité clinique[2]	14,6	17,1	15,6	17,2	15,3	19,5

1- Exprimé en nombre de jours
2- Exprimé en % des patients avec gravité clinique élevée ou extrême



N. de patients	3203	3246	3382	3382	3678	4057
% de femmes	37,3	37,9	38,8	37,1	37,0	37,4
Séjour moyen[1]	14,2	14,5	13,1	12,0	11,6	11,2
Séjour médian[1]	10,0	10,0	9,0	8,0	8,0	8,0
Âge moyen	66,3	66,6	66,4	66,8	66,5	67,3
Gravité clinique[2]	16,5	18,3	16,5	20,7	20,3	22,9

1- Exprimé en nombre de jours
2- Exprimé en % des patients avec gravité clinique élevée ou extrême



N. de patients	1051	1109	1080	1049	1086	1087
% de femmes	51,7	50,0	49,1	49,8	54,6	49,7
Séjour moyen[1]	23,0	22,5	19,6	20,5	18,3	16,6
Séjour médian[1]	16,0	15,0	13,0	13,0	12,0	11,0
Âge moyen	69,3	69,0	69,2	68,9	70,7	68,9
Gravité clinique[2]	23,2	24,7	28,8	29,0	30,9	26,8

1- Exprimé en nombre de jours
2- Exprimé en % des patients avec gravité clinique élevée ou extrême

Tableau 1 : TAUX DE RÉADMISSION, ANALYSE STATISTIQUE DES RÉSULTATS

Années comparées	Fracture de la hanche			Infarctus du myocarde			Cancers du côlon et du rectum		
	Limite inf.[2] (%)	Différence (%)	Limite sup.[2] (%)	Limite inf. (%)	Différence (%)	Limite sup. (%)	Limite inf. (%)	Différence (%)	Limite sup. (%)
1995-1996 vs Référence[1]	-3,0	**-1,0**	1,0	-0,6	**1,3**	3,2	-1,3	**2,1**	5,6
1996-1997 vs Référence[1]	-2,9	**-0,9**	1,0	-0,2	**1,8**	3,7	-2,2	**1,3**	4,7
1997-1998 vs Référence[1]	-1,9	**0,2**	2,3	-0,8	**1,1**	2,9	-2,1	**1,3**	4,7
1998-1999 vs Référence[1]	-1,5	**0,7**	3,0	-1,3	**0,5**	2,3	0,7	**4,2**	7,8

1- 1993-1994 et 1994-1995 combinées.
2- Nous rendons compte de la variance des mesures en présentant les intervalles de confiance autour des différences ($\alpha = 0,01$). Lorsque les différences sont petites, c'est-à-dire près de zéro, les limites des intervalles sont de part et d'autre de zéro et de signe différent. Lorsque les différences sont grandes, les limites ne contiennent pas zéro et sont de même signe; de telles différences sont statistiquement significatives.

9. LE TAUX DE LÉTALITÉ 90 JOURS APRÈS UNE ADMISSION

INDICATEUR(S) : TAUX DE LÉTALITÉ 90 JOURS APRÈS LA DATE D'ENTRÉE À L'HÔPITAL POUR LES CONDITIONS SUIVANTES : FRACTURE DE LA HANCHE, INFARCTUS DU MYOCARDE, CANCERS DU CÔLON ET DU RECTUM.

Définition : Il s'agit des décès de tous les patients hospitalisés pour les conditions étudiées quel que soit la cause ou le lieu du décès. Cet indicateur porte sur les résidants de Montréal-Centre de 18 ans et plus qui ont été admis en CHSGS pour l'une des conditions à l'étude. Les services en soins infirmiers d'un jour ou en soins de longue durée n'ont pas été considérés dans l'analyse. Il est à noter que pour les six derniers mois de l'année 1998-1999, les décès sont identifiés à partir du fichier Med-Écho et du fichier d'inscription des bénéficiaires de la RAMQ. En effet, pour cette période qui couvre l'année 1998, le fichier des décès n'était pas disponible. Il est à noter aussi que pour le taux de létalité, nous incluons les patients qui sont décédés pendant l'épisode de soins index, contrairement à ce que nous faisons pour le taux de réadmission (indicateur précédent). Cela explique que le nombre de patients est toujours plus grand pour le taux de létalité et que l'indice de gravité clinique reflète l'inclusion des patients les plus malades. De plus, pour le taux de létalité, lorsqu'il y a plus d'une admission par patient pour la même condition dans une même année, nous étudions la dernière admission (l'épisode de soins index). Tandis que pour le taux de réadmission, lorsque cela se produit, nous étudions la première admission. Cette dernière différence complique davantage toute comparaison entre les deux indicateurs en particulier pour les variables décrivant le processus de soins durant l'épisode de soins index (ex. la durée de séjour).

RÉSULTAT(S):

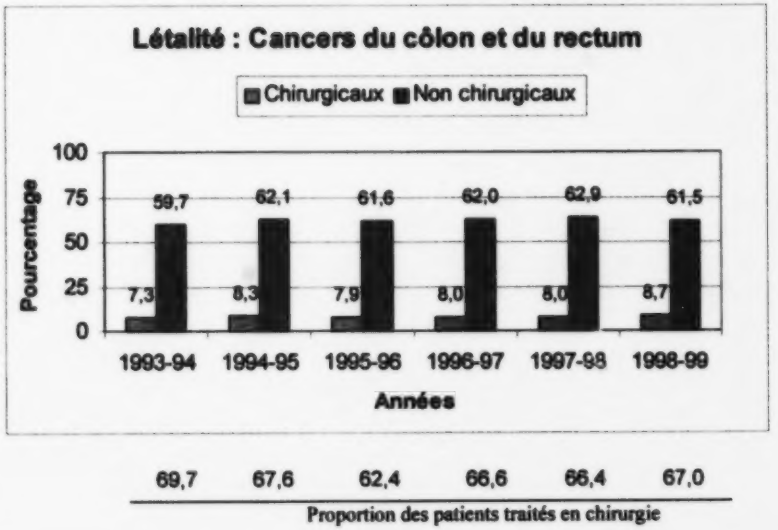
- Pour la **fracture de hanche**, sauf en 1995-1996, le taux de létalité tend à augmenter sans que ce changement ne soit statistiquement significatif, alors que la durée du séjour hospitalier baisse de 23,4% au cours de la période d'observation. Le nombre de patients varie de 1 600 à 1 848 et l'âge moyen fait de même de 77,9 à 79,3 ans. En comparaison avec le résultat obtenu pour le taux de réadmission, on retrouve ici une plus forte proportion de gens (environ 5% de plus) ayant un indice de gravité clinique élevé ou extrême. On note une augmentation de l'indice de gravité en 1998-1999 de même qu'une augmentation du taux de létalité.

- Pour **l'infarctus du myocarde**, le taux de létalité s'amenuise au fil du temps pour atteindre un seuil statistiquement significatif en 1997-1998 et 1998-99. Au cours de la période d'observation, la durée de séjour diminue de 19%. Le nombre de patients varie de 3 711 à 4 503, tandis que leur âge moyen reste stable. La proportion de patients avec un indice de gravité clinique élevé ou extrême est d'environ 7% plus élevée que celle des patients étudiés pour le taux de réadmission.

- Pour les **cancers du côlon et du rectum**, le taux de létalité est plus élevé que celui des autres conditions. Bien qu'il atteigne un sommet de 28,03 % en 1995-1996, l'analyse des différences montre que ce n'est pas statistiquement significatif. Le séjour des patients à l'hôpital a diminué de 24,6% entre le début et la fin de la période étudiée. Leur nombre varie de 1 243 à 1 326, leur âge moyen, de 69,5 à 71,1 ans. En 1997-1998, on retrouve un pourcentage plus important de femmes atteintes de l'un de ces cancers. Avec le temps, la proportion des patients ayant un indice de gravité clinique élevé ou extrême tend à augmenter. Comme pour les conditions médicales précédentes, la proportion de patients avec un indice de gravité clinique élevé ou extrême est plus élevée que celle des patients étudiés pour le taux de réadmission.

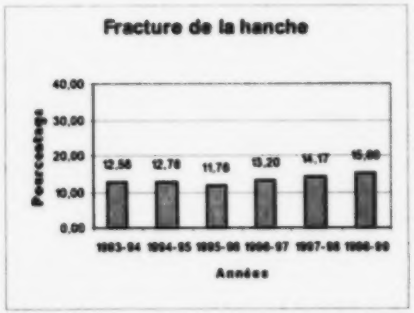
Mise en garde :

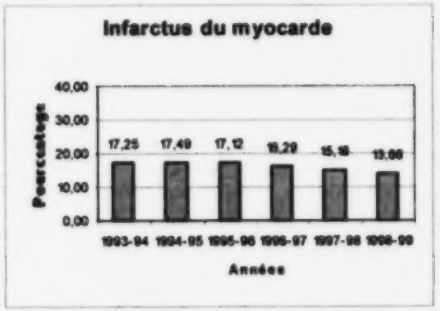
Les taux de létalité peuvent paraître élevés surtout pour les cancers du côlon et du rectum. Cela s'explique en partie par le fait qu'un même patient peut être hospitalisé à plus d'une reprise au cours d'une même année, et ce, pour le même diagnostic. Ainsi, jusqu'à 25 % des patients avec un cancer du côlon ou du rectum sont réhospitalisés comparativement à 2 % pour la fracture de la hanche et à 12 % pour l'infarctus du myocarde. Lorsque cela s'est produit, nous avons utilisé le dernier plutôt que le premier épisode de soins index pour calculer le taux de létalité. Étant donné que pour les cancers, le dernier épisode de soins a plus de chance d'être associé à la progression de la maladie, les taux observés sont influencés par les cas plus avancés. Il nous est alors apparu utile de distinguer deux sous-groupes de patients selon le type de traitement reçu lors de leur dernier épisode de soins (épisode de soins index) : les patients traités par chirurgie (surtout au moment du diagnostic) et les patients traités de façon non chirurgicale (surtout pour les cas réadmis).

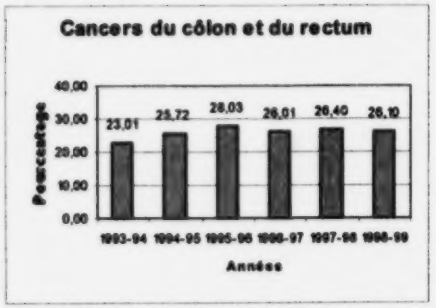


Le graphique ci-contre montre les taux de létalité de ces deux sous-groupes. Entre 1993-1994 et 1998-1999, les taux de létalité changent peu pour les deux sous-groupes. Cependant, la proportion des cas traités par chirurgie atteint un minimum de 62,4% en 1995-1996, ce qui explique probablement le pic observé en 1995-1996 dans le taux de létalité combinant les deux sous-groupes (voir le troisième graphique à la page suivante).

Taux de létalité 90 jours après la date d'entrée à l'hôpital pour:







	1993-94	1994-95	1995-96	1996-97	1997-98	1998-99
N. de patients	1600	1620	1734	1848	1806	1647
% de femmes	76,4	75,6	75,7	74,6	75,4	75,3
Séjour moyen[1]	53,4	55,7	47,9	45,0	41,4	40,9
Séjour médian[1]	38,0	47,0	42,0	38,0	35,0	37,0
Âge moyen	77,9	78,6	77,9	78,5	78,2	79,3
Gravité clinique[2]	19,7	22,6	19,9	21,8	21,0	24,8

1- Exprimé en nombre de jours
2- Exprimé en % des patients avec gravité clinique élevée ou extrême

	1993-94	1994-95	1995-96	1996-97	1997-98	1998-99
N. de patients	3711	3768	3891	3855	4151	4503
% de femmes	39,7	39,8	40,4	39,1	38,8	38,5
Séjour moyen[1]	13,7	13,9	12,5	12,0	11,3	11,1
Séjour médian[1]	10,0	9,0	8,0	8,0	7,0	7,0
Âge moyen	67,4	67,8	67,5	67,9	67,6	68,2
Gravité clinique[2]	24,4	25,3	24,6	28,1	27,4	29,1

1- Exprimé en nombre de jours
2- Exprimé en % des patients avec gravité clinique élevée ou extrême

	1993-94	1994-95	1995-96	1996-97	1997-98	1998-99
N. de patients	1243	1326	1302	1261	1284	1276
% de femmes	50,9	49,9	49,0	50,0	54,1	50,5
Séjour moyen[1]	25,2	24,0	21,8	22,1	20,5	19,0
Séjour médian[1]	16,0	15,5	14,0	13,0	13,0	12,0
Âge moyen	69,8	69,5	69,9	69,5	71,1	69,6
Gravité clinique[2]	28,8	31,3	34,5	34,0	36,6	33,5

1- Exprimé en nombre de jours
2- Exprimé en % des patients avec gravité clinique élevée ou extrême

Tableau 2 : TAUX DE LÉTALITÉ, ANALYSE STATISTIQUE DES RÉSULTATS

Années comparées	Fracture de la hanche			Infarctus du myocarde			Cancers du côlon et du rectum		
	Limite inf.[2] (%)	Différence (%)	Limite sup.[2] (%)	Limite inf. (%)	Différence (%)	Limite sup. (%)	Limite inf. (%)	Différence (%)	Limite sup. (%)
1995-1996 vs Référence[1]	-3,4	**-0,9**	1,6	-2,2	**-0,3**	1,7	-0,3	**3,6**	7,5
1996-1997 vs Référence[1]	-2,0	**0,5**	3,1	-3,0	**-1,1**	0,8	-2,3	**1,6**	5,5
1997-1998 vs Référence[1]	-1,1	**1,5**	4,1	-4,0	**-2,2**	-0,4	-1,9	**2,0**	5,8
1998-1999 vs Référence[1]	-0,4	**2,3**	5,0	-5,2	**-3,5**	-1,7	-2,2	**1,7**	5,5

1- 1993-1994 et 1994-1995 combinées.
2- Nous rendons compte de la variance des mesures en présentant les intervalles de confiance autour des différences ($\alpha = 0,01$). Lorsque les différences sont petites, c'est-à-dire près de zéro, les limites des intervalles sont de part et d'autre de zéro et de signe différent. Lorsque les différences sont grandes, les limites ne contiennent pas zéro et sont de même signe; de telles différences sont statistiquement significatives.

10. LE TAUX D'ADMISSION ÉVITABLE POUR DIVERSES CONDITIONS MÉDICALES

INDICATEUR(S) :

Définition : Cet indicateur met en rapport toutes les admissions en CHSGS recensées dans le fichier Med-Écho au cours d'une année avec la population montréalaise constituée des groupes d'âge appropriés pour chacune des conditions (voir Tableau 3). Souvent, ces conditions peuvent être prévenues par le traitement des stades cliniques précurseurs dans un contexte de soins primaires. Donc, toute perturbation du processus de soins primaires pourrait mener à une augmentation des admissions et c'est cette augmentation qui est potentiellement évitable.

Interprétation : Pour faciliter l'interprétation de ces résultats, en plus de présenter les données pour chacune des conditions à l'étude, nous avons regroupé les conditions qui avaient le même dénominateur pour le calcul des taux : **l'asthme et la pneumonie, dont le dénominateur est formé des personnes de 5 à 49 ans, composent le Groupe 1**; **toutes les autres conditions ayant au dénominateur les personnes de 18 ans et plus composent le Groupe 2**. Il est à noter que les taux présentés ne sont pas normalisés pour l'âge en raison du petit nombre d'événements. Le vieillissement progressif de la population pourrait avoir influencé les taux à la hausse pour certaines conditions. Les baisses identifiées pourraient donc avoir été atténuées par un tel effet.

RÉSULTAT(S) :

Le Tableau 3 décrit l'évolution des taux pour chacune des 14 conditions et pour les deux regroupements. Au Tableau 4, nous présentons le détail de l'analyse seulement pour ces derniers. Les points à retenir du contraste entre la période de référence et 1999-2000 se résument comme suit:

- Les **taux pour l'appendice rompu** augmentent presque constamment sans atteindre un niveau significatif. Toutefois, la Direction de la santé publique considère cliniquement importante une telle tendance et elle est à réaliser un projet de recherche pour analyser cette condition plus en détail.

- Le **taux pour le Groupe 1** a diminué significativement de 4,29 pour 10 000. Les taux pour les deux conditions qui en font partie ont aussi diminué significativement (Asthme 2,99 et Pneumonie 1,3). Le taux de base pour l'asthme est environ le double de celui pour la pneumonie au début de la période d'observation.

- Le **taux pour le Groupe 2** a aussi diminué significativement de 16,02 pour 10 000. Parmi les 11 conditions qui font partie de ce groupe, huit ont diminué significativement. Seulement les taux d'admission pour hypokaliémie, hypertension maligne et hernie abdominale en occlusion n'ont pas diminué significativement pendant la période d'observation. Parmi les 70 comparaisons effectuées dans le tableau 3, seulement trois indiquent des augmentations significatives (la cellulite en 1995-1996, l'insuffisance cardiaque en 1997-1998 et la phlébite sans embolie pulmonaire en 1995-1996). Ces augmentations sont invariablement isolées et sont suivies par des baisses significatives dans les années suivantes.

Tableau 3 : Taux d'admission jugée évitable pour 10000 personnes								
	Années							
Groupe de conditions médicales	1993-1994	1994-1995	Référence	1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000
Appendice rompu[1]	2,06	2,20	2,13	2,23	2,34	2,46	2,32	2,45
Groupe 1[2]	16,04	15,53	15,79	15,43	13,23	13,23	13,39	11,50
Asthme	10,61	9,52	10,07	10,23	8,58	8,86	7,36	7,08
Pneumonie	5,42	6,01	5,72	5,20	4,65	4,38	6,04	4,42
Groupe 2[3]	69,16	71,36	70,26	69,06	65,63	64,29	58,80	54,24
Cellulite	9,89	10,60	10,24	11,41	10,38	9,92	9,76	9,14
Insuffisance cardiaque	23,99	25,49	24,74	24,67	24,64	26,39	23,17	21,08
Diabète	13,11	12,89	13,00	11,63	11,36	11,20	9,87	9,42
Gangrène	1,11	1,14	1,13	1,26	1,16	1,16	0,97	0,86
Hypokaliémie	0,12	0,17	0,14	0,20	0,22	0,17	0,14	0,12
Maladies évitables par immunisation	0,74	0,31	0,52	0,25	0,30	0,17	0,25	0,21
Hypertension maligne	0,09	0,05	0,07	0,07	0,12	0,08	0,11	0,11
Pyélonéphrite	6,62	7,10	6,86	6,33	5,78	5,01	4,68	4,49
Ulcère perforé ou avec hémorragie	5,70	5,03	5,36	4,45	4,23	3,69	4,20	3,45
Hernie abdominale en occlusion	1,85	2,05	1,95	1,80	1,77	1,55	1,92	1,74
Phlébite sans embolie pulmonaire	5,94	6,54	6,24	6,99	5,67	4,97	3,75	3,62

[1] Chez les résidants de Montréal-Centre de tous âges (N= 1 799 453 en 1999) : appendice rompu

[2] Chez les résidants de Montréal-Centre de 5 à 49 ans (N= 1 132 238 en 1999) : asthme, pneumonie

[3] Chez les résidants de Montréal-Centre de 18 ans et plus (N= 1 449 047 en 1999) : cellulite, insuffisance cardiaque, diabète, gangrène, hypokaliémie, maladies évitables par immunisation, hypertension maligne, pyélonéphrite, ulcère perforé ou avec hémorragie, hernie abdominale en occlusion, phlébite sans embolie pulmonaire.

TABLEAU 4 : TAUX D'ADMISSION ÉVITABLE, ANALYSE STATISTIQUE DES RÉSULTATS						
	Groupe 1			Groupe 2		
Années comparées	Limite inf.[2] (‰)	Différence (‰)	Limite sup.[2] (‰)	Limite inf.(‰)	Différence (‰)	Limite sup. (‰)
1995-1996 vs Référence[1]	**-1,5**	**-0,4**	**0,8**	**-3,4**	**-1,2**	**1,0**
1996-1997 vs Référence[1]	**-3,7**	**-2,6**	**-1,4**	**-6,8**	**-4,6**	**-2,5**
1997-1998 vs Référence[1]	**-3,7**	**-2,6**	**-1,4**	**-8,1**	**-6,0**	**-3,8**
1998-1999 vs Référence[1]	**-3,5**	**-2,4**	**-1,3**	**-13,5**	**-11,5**	**-9,4**
1999-2000 vs Référence[1]	**-5,3**	**-4,3**	**-3,2**	**-18,0**	**-16,0**	**-14,0**

1- 1993-1994 et 1994-1995 combinées.

2- Nous rendons compte de la variance des mesures en présentant les intervalles de confiance autour des différences ($\alpha = 0,01$). Lorsque les différences sont petites, c'est-à-dire près de zéro, les limites des intervalles sont de part et d'autre de zéro et de signe différent. Lorsque les différences sont grandes, les limites ne contiennent pas zéro et sont de même signe; de telles différences sont statistiquement significatives.

SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

FAITS SAILLANTS :

Changements statistiquement significatifs :

- Le **taux de létalité** des patients qui ont été hospitalisés pour un infarctus du myocarde a diminué au point d'atteindre un seuil statistiquement significatif pour les deux dernières années d'observation.
- On observe une diminution significative pour la plupart des **conditions médicales pour lesquelles des admissions peuvent être évitées.**
- Le **taux de réadmission pour les cancers du côlon et du rectum** augmente de façon significative en 1998-1999. Il s'agit d'une augmentation touchant surtout les cas non-chirurgicaux (i.e. admission à l'étude n'étant probablement pas pour le traitement initial).

Changements non significatifs mais qui sur le plan clinique attirent notre attention :

- Pour les quatre exercices financiers suivant la période de référence, les **taux de réadmission** sont légèrement plus élevés pour l'infarctus du myocarde, bien qu'il n'y ait pas de tendance soutenue à la hausse. Cela peut tenir au fait que, pour cette condition, la proportion des patients avec gravité clinique élevée ou extrême a tendance à augmenter au cours de la période d'observation.
- Les patients ayant souffert d'une fracture de la hanche présentent un **taux de létalité** légèrement plus élevé lors des trois dernières années d'observation .
- Les **taux d'admission évitable** pour l'appendice rompu augmentent de façon notable.

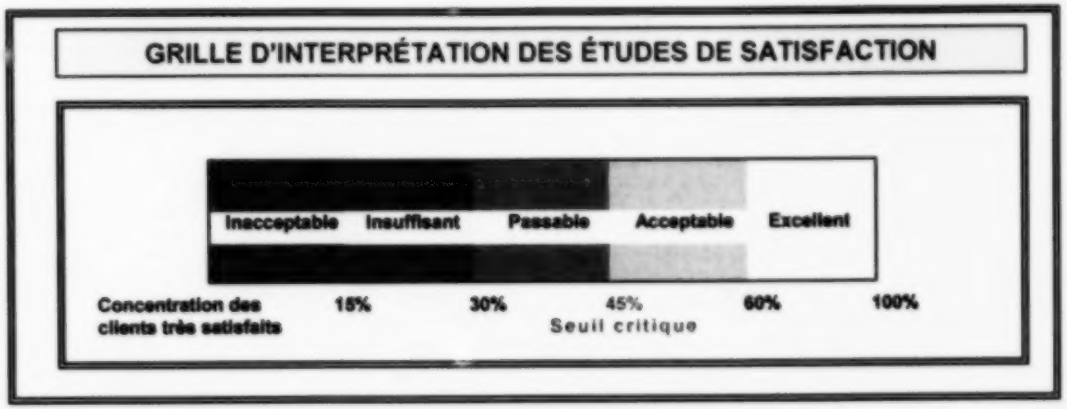
EN CONCLUSION

Nos résultats suggèrent que la transformation du réseau n'a pas eu d'effet négatif important, et même dans certains cas, on dénote un effet positif. Ainsi, pour 17 conditions médicales, nous avons comparé d'année en année les taux de réadmission, de létalité ou d'admissions possiblement évitables. Nous avons présenté 104 comparaisons. Quarante-huit de ces comparaisons ont identifié des différences statistiquement significatives, quarante-quatre d'entre elles allant dans le sens d'une baisse des taux. Bien que n'atteignant pas un niveau statistiquement significatif, trois changements attirent notre attention sur le plan clinique. Des analyses complémentaires, une observation attentive soutenue ou un effort de recherche additionnel contribueront à préciser l'importance de ces derniers changements.

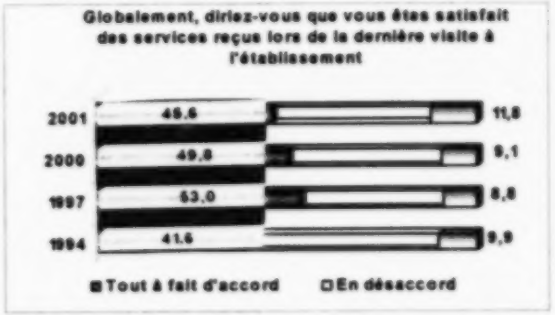
Cet axe de suivi explore 3 dimensions de la satisfaction des usagers à savoir :

- l'appréciation de la compétence du personnel;
- l'appréciation de l'accessibilité et de la continuité des services;
- l'appréciation de la rapidité et de la facilité des services.

Pour ces 3 dimensions, le pourcentage de plaintes suivies de mesures correctives (plaintes fondées) est comparé au pourcentage d'usagers qui se disent très satisfaits de la compétence du personnel et des dimensions se rapportant à l'accessibilité, la continuité, la rapidité et la facilité des services. Ces dernières données sont issues de sondages réalisés en 1994, 1997, 2000 et 2001 sur la performance des établissements. Nous présentons ci-après la grille d'interprétation des résultats des sondages sur la satisfaction des usagers. Nous y référons dans l'interprétation des résultats des indicateurs.



11. COMPÉTENCE DU PERSONNEL, 12. ACCESSIBILITÉ ET CONTINUITÉ DES SERVICES, 13. FACILITÉ ET RAPIDITÉ D'ACCÈS AUX SERVICES



Source : Direction des relations dans la communauté, études sur les attentes et la satisfaction de la population à l'égard des services de santé et des services sociaux, Groupe SECOR, Zins Beauchesne et associés.

MISE EN SITUATION :

Quelle est la satisfaction générale des usagers de Montréal-Centre à l'égard des services?

En 2001, 45,6 % des personnes qui ont répondu au sondage sont très satisfaites[13] des « services reçus lors de leur dernière visite à l'établissement ». La proportion de personnes très satisfaite a baissé en comparaison avec l'an 2000 (-4,2 %) et en rapport avec 1997 (-7,4 %). Par ailleurs, les résultats obtenus demeurent supérieurs à ceux de 1994 soit un an avant la réforme. D'un autre point de vue, le pourcentage (11,8%) de personnes insatisfaites et très insatisfaites est plus élevé en 2001 qu'au cours des autres années.

Rappelons dans un premier temps, les objectifs poursuivis dans le cadre du « Défi de l'accès » ainsi que les indicateurs stratégiques suivis avant d'analyser les résultats pour l'an 3 du Plan 1998-2001.

OBJECTIF(S) :

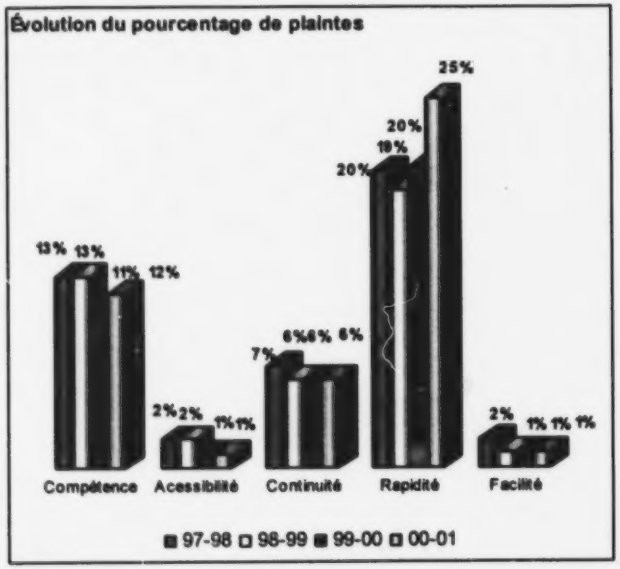
Dans le cadre du « Défi de l'accès 1998-2002 » on vise à : maintenir et améliorer la satisfaction des usagers à l'égard de la compétence des intervenants du réseau; accroître l'accessibilité des services; assurer la continuité des interventions d'un prestataire à l'autre et enfin, à offrir des services au bon moment et au bon endroit, faciles d'accès et dans des délais jugés raisonnables. Les mesures mises de l'avant devraient faire augmenter les taux de satisfaction des usagers et, diminuer les plaintes fondées.

INDICATEUR(S) LIÉ(S) AUX SERVICES :

Relativement à la **compétence** du personnel, l'**accessibilité** et la **continuité** des services, la **facilité** et la **rapidité** d'accès aux services, les indicateurs suivis sont :

- ✓ le pourcentage de plaintes suivies de mesures correctives traitées par les établissements et par la Régie régionale;
- ✓ le pourcentage de personnes qui se disent « très satisfaites » lors des sondages effectués entre 1994 et 2001.

[13] Pour faciliter la lecture, nous utilisons le concept de satisfaction. Nous informons le lecteur que, dans les sondages réalisés, la satisfaction est mesurée sur une échelle d'accord – pas d'accord.



Source : Direction des relations avec la communauté,
« Rapport sur les plaintes », RRSSSM-C, 1997, 1998, 1999 et 2000.

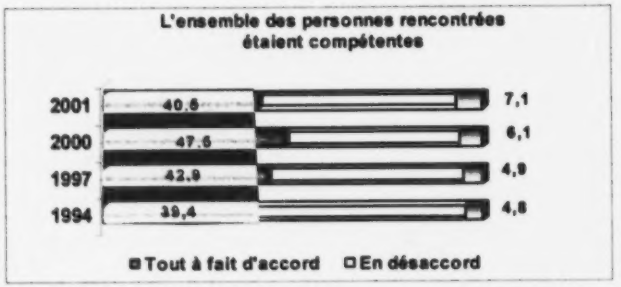
RÉSULTAT(S): LES PLAINTES

En **2000-2001**, des **5 123** plaintes fondées recensées dans la région :

- 12 % (611) concernent la **compétence** du personnel,
- 1 % (70) sont liées à l'**accessibilité** aux services,
- 6 % (290) touchent la **continuité** des services et,
- 1 % (39) sont reliées à la « **facilité** » des services.

Par rapport à **1999-2000**, le pourcentage de plaintes lié à l'accessibilité, à la continuité et, à la facilité d'accès aux services se maintient mais augmente quant à la compétence du personnel. En comparaison avec l'année de référence **1997-1998**, pour l'ensemble de ces dimensions, le pourcentage de plaintes a baissé et, le volume également.

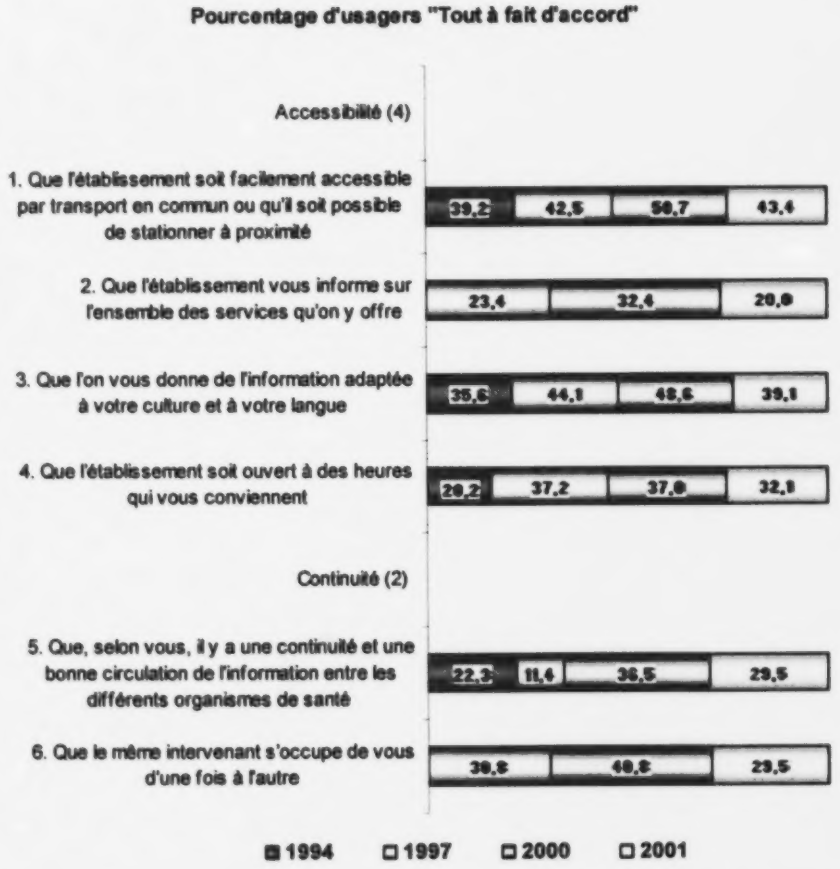
- 25 % (1 282) des plaintes concernent la **rapidité** d'accès aux services. En rapport avec **1999-2000** et l'année de référence **1997-1998,** il s'agit d'une hausse de 5 %.



Source : Direction des relations avec la communauté, études sur les attentes et la satisfaction de la population à l'égard des services de santé et des services sociaux, Groupe SECOR, Zins Beauchesne et associés.

RÉSULTAT(S): LA SATISFACTION DES USAGERS

En **2001**, 40,5 % des usagers sondés se disent « très satisfaits » de la **compétence du personnel** de la santé et des services sociaux. La proportion de personnes très satisfaites, qui avait atteint 47,5 % en l'an 2000, revient à un pourcentage légèrement supérieur au taux de 1994 (année avant la réforme). Fait à noter, la proportion de personnes qui se disent insatisfaites et très insatisfaites est passée de 4,8 % en 1994 à 7,1 en 2001.



Source : Direction des relations avec la communauté, études sur les attentes et la satisfaction de la population à l'égard des services de santé et des services sociaux, Groupe SECOR, Zins Beauchesne et associés.

En **2001** :

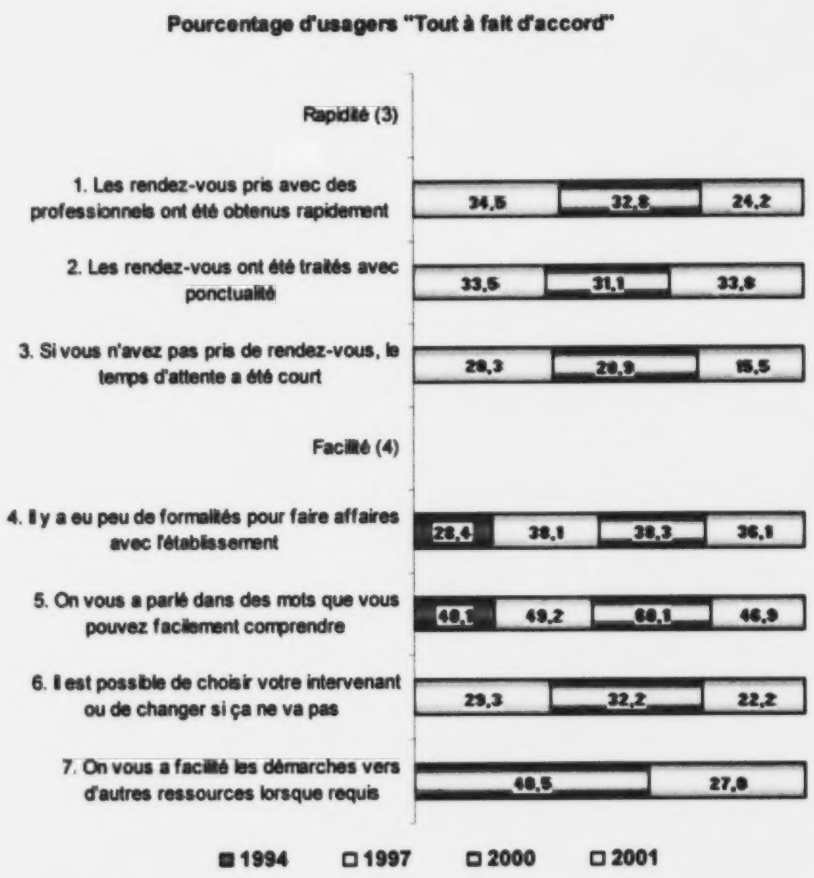
- en comparaison avec l'an **2000**, le pourcentage d'usagers qui se disent très satisfaits est à la baisse pour les 4 dimensions reliées à l'**accessibilité** aux services. Par rapport à **1997**, 3 des 4 dimensions suivent la même tendance. Toutefois, à l'exception de l'énoncé relatif à l'information transmise sur les services offerts (# 2), les taux de satisfaction demeurent plus élevés qu'en 1994 (1 an avant la réforme).

Selon la grille régionale d'interprétation des études de satisfaction, les résultats suggèrent que la performance des établissements est insuffisante quant à l'information transmise sur les services offerts (#2) et, passable au chapitre de l'accessibilité par transport en commun ou à un stationnement (#1), de l'adaptation culturelle et linguistique dans la transmission des informations (#3) et, des heures d'ouverture (#4).

En **2001** :

- en comparaison avec l'an **2000**, on constate la même tendance à la baisse quant à la proportion des usagers qui se disent très satisfaits à l'égard de la circulation des informations interétablissements (#5) et, de la possibilité d'être desservi par le même intervenant (#6). Par contre, la population demeure plus satisfaite qu'en **1997** et **1994** au chapitre de la **continuité** interétablissements.

Pour ces deux énoncés liés à la continuité des services, les résultats suggèrent le maintien de la performance à un niveau passable.



Source : Direction des relations avec la communauté, études sur les attentes et la satisfaction de la population à l'égard des services de santé et des services sociaux, Groupe SECOR, Zins Beauchesne et associés.

En **2001,** en comparaison avec l'an **2000** et **1997** :

- on observe une variation à la hausse quant au taux d'usagers qui se disent très satisfaits des rendez-vous traités avec ponctualité (#2). Toutefois, d'importantes variations à la baisse sont enregistrées quant à la rapidité d'obtention d'un rendez-vous (#1) et, en rapport aux services sans rendez-vous (#3).

  Pour les 3 dimensions liées à la **rapidité** d'accès aux services, la performance du réseau se situe à un niveau insuffisant (#3) ou passable (#1 et #2).

En **2001,** en comparaison avec l'an **2000** :

- d'importantes variations à la baisse sont observées pour 3 des 4 dimensions reliées à la facilité d'accès aux services à savoir : l'utilisation de mots facile à comprendre (#5) la possibilité de choisir le même intervenant (#6) et, l'aide reçue pour faciliter l'accès à d'autres ressources (#7).

  Pour les 4 dimensions liées à la **facilité** d'accès aux services, la performance du réseau se situe à un niveau insuffisant (#6 et #7), passable (#4) et, acceptable (#5).

SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

EN RÉSUMÉ, ON OBSERVE :

- De façon globale, la satisfaction de la population à l'égard des services marque une tendance à la baisse au cours du « Plan d'amélioration des services 1998-2002 ». Par ailleurs, comme pour la plupart des dimensions plus spécifiquement observées, la proportion de la population qui se dit très satisfaite demeure supérieure au taux observé en 1994 (1 an avant la réforme).

- En 2000-2001, le pourcentage de plaintes relatif à la **compétence du personnel, à l'accessibilité, à la continuité et à la facilité d'accès aux services,** baisse en rapport avec l'année de référence 1997-1998 et, se maintient généralement par rapport à 1999-2000. Parallèlement, la proportion de personnes qui se dit très satisfaite à l'égard de ces dimensions s'est généralement accrue en l'an 2000 pour baisser en 2001.

- En 2000-2001, le pourcentage de plaintes reliées à la **rapidité** d'accès aux services a fait un bond de 5 % en comparaison avec 1999 et 1997. Parallèlement, le pourcentage de personnes très satisfaites de la rapidité d'accès à un service avec ou sans rendez-vous accuse une baisse importante.

EN CONCLUSION :

Une analyse plus approfondie des points de vue des usagers et des événements qui ont marqué l'évolution du réseau au cours des dernières années devraient nous permettre d'identifier des pistes d'action qui renforceront les mesures prévues dans le « Défi de l'accès ». De plus, l'étude de satisfaction de l'an prochain, ainsi que les statistiques sur le traitement des plaintes pour l'année 2001-2002, nous indiqueront si la décroissance au niveau de la satisfaction des usagers notée cette année est conjoncturelle ou s'il s'agit d'une tendance qui se maintient.

Cet axe de suivi comprend 4 regroupements d'indicateurs :

- **l'évolution de la situation du personnel d'encadrement;**
- **l'évolution de la situation des cadres en stabilité d'emploi;**
- **le portrait évolutif des inscriptions au Service régional de la main-d'œuvre (SRMO);**
- **l'évolution de l'utilisation du personnel infirmier et des techniciens en radio-oncologie dans les établissements de la région.**

14. LA SITUATION DU PERSONNEL D'ENCADREMENT ET,
15. DES CADRES EN STABILITÉ D'EMPLOI

OBJECTIF(S) :

Dans le cadre du « Plan d'amélioration des services 1998-2002 », une priorité du chantier « valorisation du personnel d'encadrement » vise à améliorer la circulation de l'information sur les postes disponibles dans la région, à supporter la préparation de la relève et, à retenir la main-d'œuvre expérimentée. De plus, le personnel d'encadrement visé par une abolition de poste demeure une préoccupation régionale. La Régie régionale entend, notamment, promouvoir la candidature des cadres en stabilité d'emploi ayant choisi de se replacer dans le réseau de la santé et des services sociaux et, supporter des solutions telles que le départ du réseau.

INDICATEUR(S) :

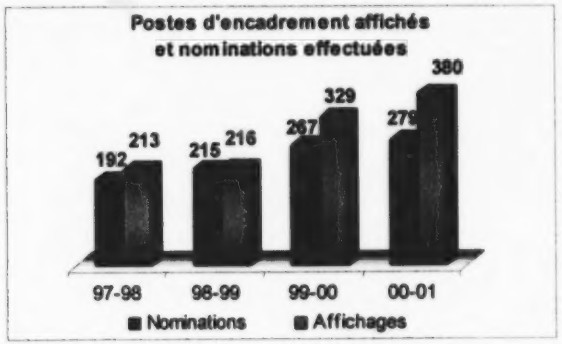
Pour mesurer l'impact des efforts consentis pour la préparation de la relève, la rétention de la main-d'œuvre expérimentée et le replacement des cadres en stabilité d'emploi, les indicateurs de suivi sont :

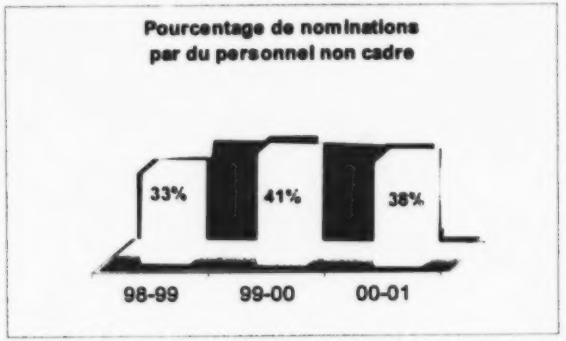
- ✓ l'évolution des postes affichés et comblés;
- ✓ le pourcentage de nomination par du personnel syndiqué ou externe au réseau de la santé et des services sociaux;
- ✓ l'évolution des postes cadres affichés en soins infirmiers et pour d'autres activités cliniques;
- ✓ le nombre de cadres en recherche d'emploi en rapport avec le nombre de cadres inscrits en stabilité d'emploi.

RÉSULTAT(S) :

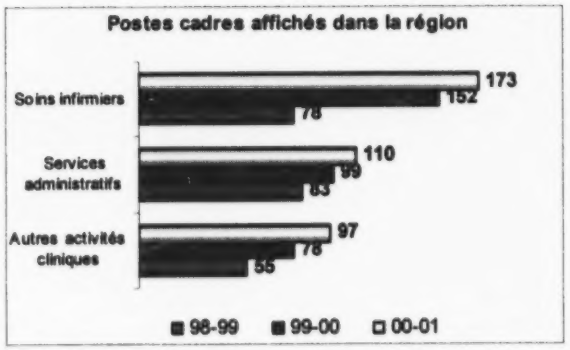
Au 31 mars 2001,

- 380 postes d'encadrement ont été affichés dans la région, soit une hausse de 78 % par rapport au 31 mars 1998 (213 postes);
- 73 % (279 / 380) des postes affichés ont été comblés (nominations) comparativement à des proportions de 80 % à 100 % pour les années antérieures.
- On observe une diminution de 3 % des nominations par du personnel non cadre ou encore par du personnel externe au réseau de la santé et des services sociaux. Le recours au personnel non-cadre diminue en rapport avec 1999-2000 mais demeure supérieur à 1998-1999.





Source : Direction des ressources humaines, Riposte



Source : Direction des ressources humaines, Riposte

Parmi les 380 postes cadres affichés, 173 sont répertoriés dans le secteur d'activités des soins infirmiers. Il s'agit d'une augmentation de 122 % (78 postes) par rapport à 1998-1999.

Source : Direction des ressources humaines, SISECH

Cadre en stabilité d'emploi

En **novembre 2001,** sur 1 016 cadres inscrits en stabilité d'emploi (et dont la date d'inscription s'échelonne de 1994 à novembre 2001), 92 sont toujours dans la voie d'un replacement dans le réseau de la santé et des services sociaux, soit un pourcentage de 9 %.

En comparaison avec novembre 1999, on observe que 74 cadres de moins ont choisi l'option de replacement.

CONCLUSION :

Les mouvements du personnel d'encadrement continuent à s'intensifier particulièrement dans le secteur des soins infirmiers. Pour en contrer les effets, la direction des ressources humaines entreprend différentes actions pour préparer la relève, retenir la main-d'œuvre expérimentée et soutenir celle en stabilité d'emploi ayant opté pour l'option de replacement dans le réseau de la santé et des services sociaux.

16. ÉVOLUTION DES INSCRIPTIONS AU SERVICE RÉGIONAL DE MAIN-D'ŒUVRE

OBJECTIF(S) :

Dans le cadre du « Plan d'amélioration des services 1998-2002 », une priorité du chantier « mobilité professionnelle et maintien des compétences » est d'améliorer les conditions de replacement et de mobilité professionnelle au sein de la région.

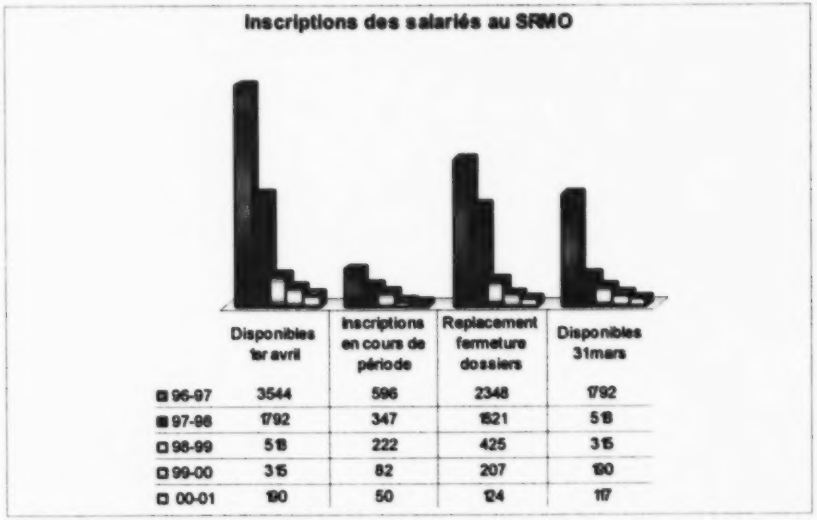
INDICATEUR(S) :

L'indicateur comprend 3 paramètres qui se définissent comme suit :

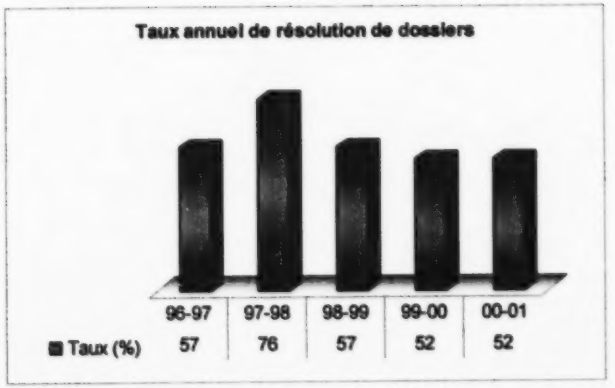
- ✓ **l'évolution du nombre de personnes inscrites au Service régional de la main-d'œuvre (SRMO) en attente de replacement et du nombre de dossiers résolus, soit par un replacement ou par un autre type de mesure permettant la fermeture de dossiers (ex : départ, retraite, décès);**
- ✓ **le taux annuel de résolution des dossiers se calcule en prenant le nombre de dossiers fermés (replacement ou autres mesures) sur le nombre total cumulatif de salariés inscrits pendant une année financière (inscrits en début et en cours de période);**
- ✓ **l'évolution du nombre de requêtes de main-d'œuvre (postes vacants) reçues au SRMO permet de mesurer les besoins en main-d'œuvre.**

RÉSULTAT(S) :

Au 31 mars 2001, 117 salariés demeurent inscrits au SRMO ce qui représente une décroissance de près de 40 % en comparaison avec le 31 mars 2000 (190 salariés). En rapport avec les 5 années d'observation, on constate une régression significative du nombre de salariés disponibles, passant de 3 544 en avril 1996 à 117 en mars 2001.

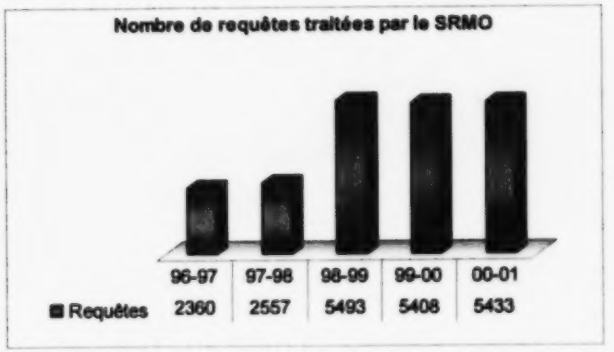


	Disponibles 1er avril	Inscriptions en cours de période	Replacement fermeture dossiers	Disponibles 31mars
96-97	3544	596	2348	1792
97-98	1792	347	1521	518
98-99	518	222	425	315
99-00	315	82	207	190
00-01	190	50	124	117



Le **taux annuel de résolution de dossiers** permet, par ailleurs, de mesurer l'impact des mesures mises en place.

Ce taux se maintient au-dessus de 50 %, malgré les difficultés de replacement des salariés qui demeurent inscrits. La remontée observée en 1997-1998 (taux de 76 %) correspond au programme de départ à la retraite qui a eu pour effet de libérer plusieurs postes dans la région et, ce faisant, de faciliter le replacement ou le départ de salariés inscrits (1 621 durant cette seule année).



En **2000-2001**, 5 433 requêtes (postes vacants ou nouvellement créés) ont été traitées par le SRMO. En comparaison avec 1999-2000, le nombre de requêtes traitées se maintient. Ainsi, on peut observer une stabilité à ce chapitre pour les 3 dernières années.

Source : Direction des ressources humaines, OSIOR.

CONCLUSION :

Les salariés qui demeurent inscrits en mars 2001 présentent majoritairement une ou plusieurs particularités qui limitent de façon significative leur potentiel de replacement (limitations fonctionnelles, unilingue anglophone, etc.). L'évolution des requêtes permet de constater que depuis trois ans, les établissements ont recommencé à afficher des postes et à développer de nouveaux secteurs d'activités, ce qui met une pression importante sur nos besoins collectifs de recrutement et de rétention.

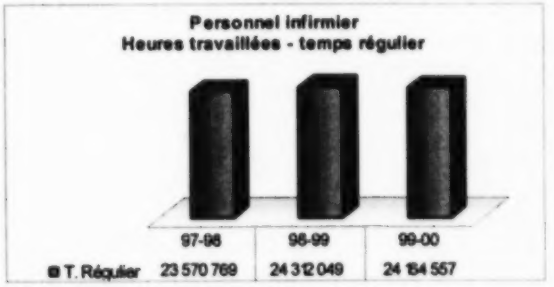
17. L'ÉVOLUTION DE L'UTILISATION DU PERSONNEL INFIRMIER ET DES TECHNICIENS EN RADIO-ONCOLOGIE

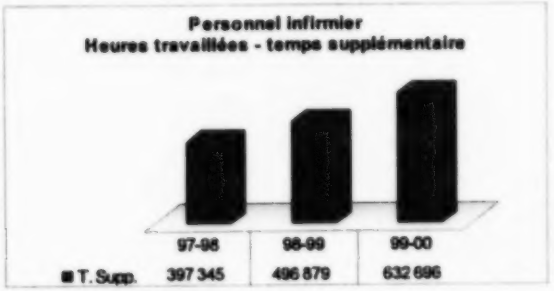
OBJECTIF(S) :
Dans le cadre du « Plan d'amélioration des services 1998-2002 », l'un des objectifs poursuivi est de doter la région d'un véritable plan de main-d'œuvre. Plusieurs étapes sont franchies : les principales visaient, notamment, à exploiter les systèmes d'information existants et à se doter d'instruments de suivi de certains titres d'emploi prioritaires. On vise à documenter de façon prospective et rétrospective les emplois placés en priorité par le ministère de la Santé et des Services sociaux d'ici 2002.

INDICATEUR(S) :
L'indicateur se définit comme suit : au 31 mars de l'année, le nombre d'heures travaillées en temps régulier et en temps supplémentaire pour les infirmières, les infirmières bachelières, les infirmières auxiliaires et les techniciens en radio-oncologie dans les établissements de la région.

RÉSULTAT(S) :
Au 31 mars 2000 :
Pour le **personnel infirmier**, les heures travaillées en temps régulier ont diminué de 147 492 alors que les heures en temps supplémentaire ont augmenté de 135 817 pour compenser les heures perdues en temps régulier.

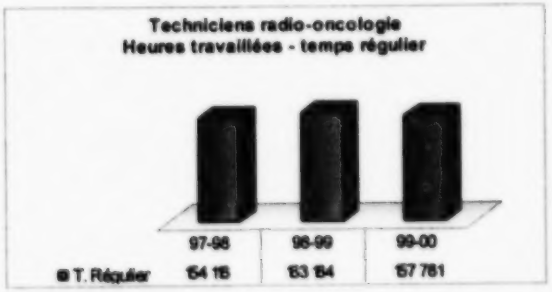
Bien que le nombre d'heures effectuées en temps supplémentaire en 1999-2000 aient connu une hausse similaire (27 %) à celle observée en 1998-1999 (25 %), le nombre total d'heures travaillées demeure sensiblement le même pour ces deux années.

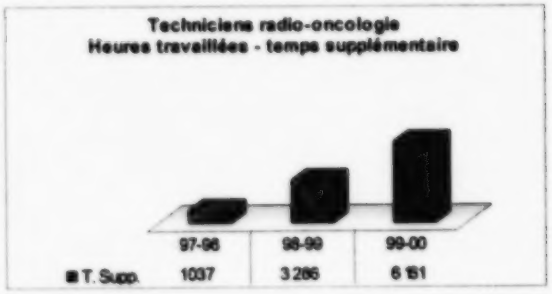




Source : Direction des ressources humaines, R22_9900

Au 31 mars 2000 :
Pour les techniciens en radio-oncologie, les heures travaillées en temps régulier ont été de 157 781, soit une diminution de 5 403 heures comparativement à l'an dernier. On observe par ailleurs une augmentation des heures en temps supplémentaires de 2 875 qui compensent en partie la diminution des heures régulières.





Source : Direction des ressources humaines, R22_9900.

CONCLUSION :
L'augmentation significative du nombre d'heures en temps supplémentaire illustre bien les difficultés de recrutement dans les titres d'emploi sélectionnés. Le problème semble plus aigu chez les techniciens en radio-oncologie où l'on observe une augmentation des heures en temps supplémentaire presque du simple au double. Des données complémentaires nous permettent également de constater que le temps supplémentaire pour tous les titres d'emploi est réalisé dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés dans une large proportion.

SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

EN RÉSUMÉ, ON OBSERVE :

- **Évolution de la situation du personnel d'encadrement et des cadres en stabilité d'emploi**
  Au 31 mars 2001, 380 postes d'encadrement ont été affichés dans la région, soit une hausse de 78 % par rapport au 31 mars 1998 (213 postes); seulement 73 % de ceux-ci ont été comblés (nominations). Des 1 016 cadres inscrits en stabilité d'emploi (depuis 1994), 92 (9 %) ont choisi l'option de se replacer dans le réseau.

- **Portrait évolutif des inscriptions au service régional de main-d'œuvre (SRMO)**
  La réduction du nombre de personnes salariées inscrites au Service régional de main-d'œuvre (SRMO) demeure constante et significative grâce à un taux de résolution de dossiers qui se maintient au-dessus de la barre des 50 %.

- **Utilisation du personnel infirmier et des techniciens en radio-oncologie actifs dans les établissements de la région**
  L'augmentation significative des heures travaillées en temps supplémentaire illustre notamment les difficultés de dotation pour ces titres d'emploi.

EN CONCLUSION :

Le nombre d'offres d'emploi au niveau de l'encadrement continue d'augmenter, notamment au sein des soins infirmiers. Par ailleurs, on note une possible difficulté de recrutement, puisqu'une diminution de 8 % est observée parmi les nominations dont 3 % parmi le personnel syndiqué ou syndicable non syndiqué ou encore extérieur au réseau de la santé et des services sociaux. Ce constat nous amène à nous questionner sur les moyens d'attraction ou de rétention qui devraient être mis en place pour faciliter la dotation des postes d'encadrement.

Par ailleurs, les programmes des cadres en stabilité semblent avoir donné des résultats puisqu'on observe une diminution du nombre de cadres toujours en attente d'un emploi.

La situation pour certaines catégories d'emploi demeure préoccupante et nous suivons de près l'évolution de l'utilisation de certains groupes de main-d'œuvre en examinant, notamment, des approches de mobilisation et d'organisation du travail qui pourraient réduire la vulnérabilité de notre réseau à cet égard.

Cet axe de suivi comprend 4 indicateurs :

- l'évolution du pourcentage des heures travaillées et des coûts directs nets;
- l'évolution des développements budgétaires;
- le niveau de surplus et de déficit des établissements;
- le niveau d'emprunt des établissements.

18. POURCENTAGE DES HEURES TRAVAILLÉES PAR CATÉGORIES DE SERVICES

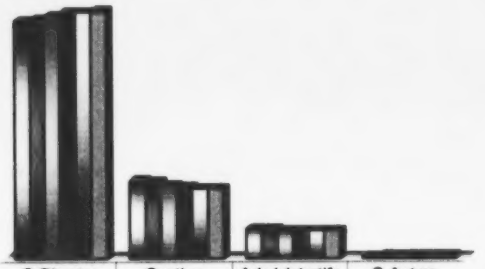
OBJECTIF(S) OU CONTEXTE :

Par le processus de modernisation des infrastructures administratives et de soutien, nous visons à réaliser des économies qui pourront être réinvesties dans les services directs à la population.

INDICATEUR(S) :

Cet indicateur touche à la fois les établissements publics et privés conventionnés, au niveau des activités principales. Les heures attribuables aux cadres et à la main-d'œuvre indépendante sont incluses dans le total des heures travaillées. Tous les centres d'activités ont été imputés à l'une ou l'autre des catégories de services. La catégorie « Autres » comprend essentiellement les activités reliées à l'enseignement, la formation, la recherche, la santé publique ainsi que le personnel en stabilité et sécurité d'emploi.

Évolution du pourcentage des heures travaillées par catégories de services



	S. Directs	Soutien	Administratifs	S. Autres
95-96	68,5%	22,2%	8,7%	0,6%
96-97	68,7%	21,9%	8,5%	1,0%
97-98	69,9%	21,0%	8,2%	0,9%
98-99	70,7%	20,5%	8,0%	0,8%
99-00	71,0%	20,2%	8,0%	0,8%
00-01	71,3%	19,9%	8,0%	0,8%

Source : Direction des immobilisations et finances, système budgétaire et financier régionalisé (S.B.F.R.), 15 octobre 2001.

RÉSULTAT(S) :

Le pourcentage des heures travaillées (71,3 %) dans les services directs augmente toujours en **2000-2001**. Cette hausse correspond à une baisse équivalente dans les services de soutien. Le poids des autres secteurs demeure inchangé.

19. L'ÉVOLUTION DES DÉVELOPPEMENTS RÉCURRENTS

OBJECTIF(S) OU CONTEXTE :

Une série de développements budgétaires sont prévus pour les différents continuums de services dans le Plan d'amélioration 1998-2002. La concrétisation de plusieurs mesures en dépend. La majeure partie de ces développements fait l'objet de demandes au Ministère.

Source : Direction de la programmation et coordination.

INDICATEUR(S) :

Cet élément touche à la fois les établissements publics et privés. L'ensemble des développements récurrents est considéré en lien avec l'une ou l'autre des mesures concernées du Plan. Sont donc exclus tous les autres types d'ajustements techniques : coût de système, ajustement du niveau des suppléments de chambre et les mesures où l'on ne prévoyait pas d'ajustement budgétaire (ex. : urgences). Ces montants réels sont ensuite mis en rapport avec ce qui avait été planifié régionalement.

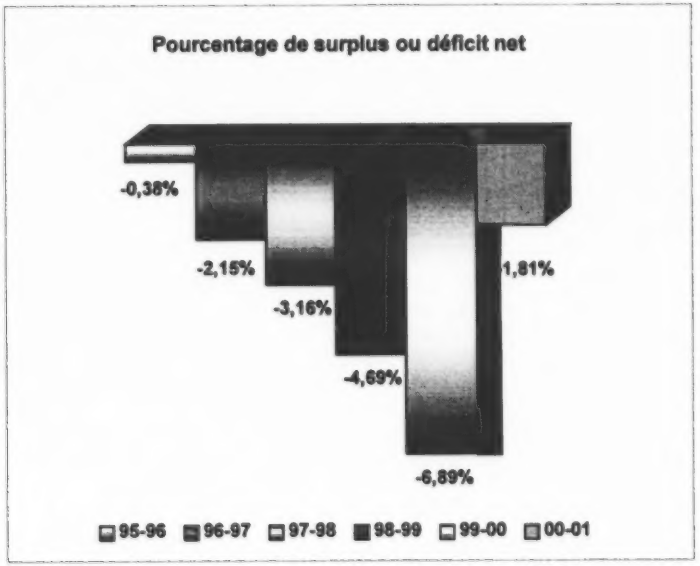
RÉSULTAT(S) :

Les développements récurrents obtenus du MSSS, au cours de la période 1998-2001, représentent 50 % (78 436 514 $ / 155 778 950 $) des développements récurrents requis pour actualiser les mesures du « Défi de l'accès 1998-2000 ».

20. LE NIVEAU DE SURPLUS ET DE DÉFICIT DES ÉTABLISSEMENTS

OBJECTIFS OU CONTEXTE :
L'objectif visé est que l'ensemble des établissements de la région se retrouve en situation d'équilibre budgétaire à moyen terme.

INDICATEUR(S) :
Cet indicateur touche à la fois les établissements publics et privés conventionnés, au niveau des activités principales. Les montants présentés sont nets, c'est-à-dire incluant tous les établissements, qu'ils soient en surplus ou en déficit.



Source : Direction des immobilisations et finances, système budgétaire et financier régionalisé (S.B.F.R.), 15 octobre 2001.

RÉSULTAT(S) :

Le pourcentage du déficit net régional équivalait, au 31 mars 2000, à 6,89 % du total des revenus. En 2000-2001, le déficit global fond à 1,8 %. Il faut évidemment souligner les redressements des bases budgétaires de divers établissements pour expliquer ce revirement.

Une remarque toutefois, en ce qui touche le CHUM et le CUSM. Au moment de la rédaction de ces lignes, ces deux établissements font l'objet d'un audit. Le pourcentage global de déficit, pour l'année 2000-2001, tient compte des déficits de ces deux grands hôpitaux, tels que présentés dans leur rapport financier. Tout ajustement budgétaire découlant des audits ne prendra effet que durant l'année 2001-2002. Le prochain tableau de bord en tiendra compte.

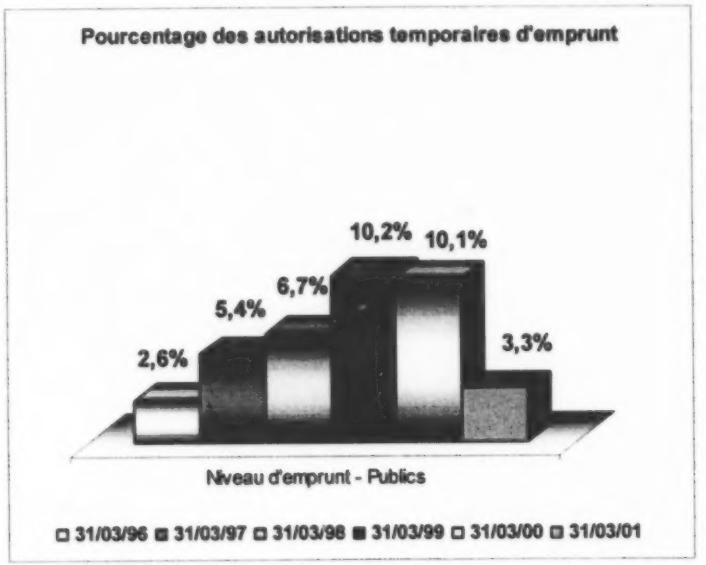
21. LE NIVEAU D'EMPRUNT DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS

OBJECTIF(S) OU CONTEXTE :

En théorie, des mouvements importants de trésorerie rendent nécessaire le recours à des emprunts temporaires, remboursables à court terme. Or, depuis quelques années, ils nous traduisent davantage les problèmes que vivent les établissements pour ne pas dépasser leur enveloppe budgétaire. Le niveau d'emprunt s'est donc transformé, par la force des choses, en outil de suivi. Ces considérations faites, l'objectif visé est de réduire au minimum, à moyen terme, le niveau d'emprunt des établissements en ce qui a trait à leurs dépenses de fonctionnement.

INDICATEUR(S) :

Cet indicateur ne touche que les établissements publics, ceux-ci devant obligatoirement recevoir, jusqu'à 1999-2000 exclusivement, l'autorisation de la Régie régionale avant d'emprunter. Les montants présentés concernent le fonds d'exploitation et excluent les emprunts en lien avec des projets d'immobilisations.



Source : Direction des immobilisations et finances, système budgétaire et financier régionalisé (S.B.F.R.), 15 octobre 2001.

RÉSULTAT(S) :

Le niveau d'autorisation d'emprunt a chuté considérablement en 2000-2001. Il se limite à 118 M$, ce qui représente 3,3 % des budgets bruts de fonctionnement.

SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

CONTEXTE :

Ces indicateurs s'inscrivent dans le contexte des conditions financières associées aux mesures touchant plus directement l'organisation des services. Pour que ces mesures se mettent en place, il importe dans plusieurs cas que les développements prévus se concrétisent. Les changements apportés ne devraient pas non plus s'effectuer au détriment de la santé financière des établissements mesurée par le degré d'atteinte de l'équilibre budgétaire et les niveaux d'emprunt. Enfin, la modernisation des infrastructures administratives et de soutien devrait permettre de libérer des ressources pour les services directs, tout en maintenant un niveau élevé de qualité.

EN RÉSUMÉ, ON OBSERVE :

- En **2000-2001**, les heures travaillées en services directs, incluant le support clinique, atteignent 71,3 % du total. L'accroissement du pourcentage des ressources consacrées à cette catégorie de services continue donc toujours sa progression entamée en 1995-1996 qui était de 68,5 %.

- Les développements récurrents obtenus du MSSS, au cours de la période **1998-2001,** représentent 50 % (78 436 514 $ / 155 778 950 $) des développements récurrents requis pour actualiser les mesures du « Défi de l'accès 1998-2002 ».

- Le déficit des établissements qui n'atteignent pas l'équilibre budgétaire avoisine les 71 M$ en **2000-2001**.

- Le niveau des autorisations d'emprunt chute à 118 M$ en ce qui touche les activités des établissements.

EN CONCLUSION :
La santé financière du réseau s'est améliorée, mais quelques établissements ont toujours des difficultés. Le respect de la loi antidéficit est un défi auquel notre réseau est confronté.

ANNEXE : RÉSULTATS DE L'ÉDITION DU 16 JANVIER 2001

LES SOINS ET SERVICES DANS LA COMMUNAUTÉ

Dans l'édition du 16 janvier 2001, cet axe de suivi comprenait 5 indicateurs :

- le nombre d'usagers desservis à domicile par les CLSC suite à un traitement en centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS);
- l'intensité des services offerts à domicile par les CLSC aux personnes âgées de 65 ans et plus;
- le nombre d'usagers ayant une déficience physique ou intellectuelle recevant des services intensifs par les CLSC;
- le nombre d'usagers desservis en santé mentale par les CLSC;
- la proportion d'usagers desservis en ambulatoire en psychiatrie adulte.

ESTIMATION DES INDICATEURS DE SUIVI EN CLSC

Pour les 4 premiers indicateurs, les données sont issues du système d'information clientèle des CLSC. Un nouveau cadre normatif pour la saisie des données au SIC-CLSC a été défini par le Ministère et a été implanté en cours d'année (1999-2000). De façon variable par CLSC, nous disposons de données pour 5 à 8 périodes de 1999-2000 saisies selon l'ancien cadre normatif. Dans ce contexte, nous nous devons d'estimer les résultats des indicateurs pour des périodes « absentes » en 1999-2000.

L'estimation réalisée s'appuie sur la base de données 1998-1999; les résultats peuvent être surestimés. En effet, la méthode d'estimation ne prend pas en compte les périodes où le conflit de travail des infirmières a eu un impact sur la saisie des données au SIC-CLSC.

USAGERS DESSERVIS À DOMICILE PAR LES CLSC SUITE À UN TRAITEMENT EN CHSGS

OBJECTIF(S) :
Le « Défi de l'accès 1998-2002 » vise à améliorer les soins suite à une hospitalisation. Pour ce faire, la Régie régionale entend consolider les modalités d'articulation CHSGS-CLSC et demander au Ministère un budget de développement de 5,3 M$ pour les 29 CLSC. Les développements récurrents obtenus pour la période 1998-2000 se chiffrent à 3 690 560 $[14]. Un budget récurrent de 686 584 $ s'ajoute pour 2000-2001[15]. Quatre clientèles sont visées par l'ajout budgétaire : la clientèle postopérée, posthospitalisée, les personnes en phase préterminale et terminale (soins palliatifs) et une partie de la clientèle du programme de périnatalité (services postnataux). Une portion du financement alloué peut être imputée dans les services courants, les services à domicile ou encore les services de périnatalité. La totalité du budget de développement ne se reflète donc pas dans les résultats de l'indicateur que nous traitons ci-après.

INDICATEUR(S) :
L'indicateur de suivi est le nombre d'usagers différents desservis à domicile suite à un traitement en centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS). Nous suivons 3 profils de clientèles, à savoir : les postopérés, les posthospitalisés et les personnes en phase préterminale et terminale qui nécessitent des soins palliatifs.

RÉSULTAT(S) :
Les résultats 1999-2000 sont estimés et sont basés sur les données de 28 des 29 CLSC[16].

En **1999-2000**, on estime que :

- 18 927 usagers différents ont été desservis à domicile par les CLSC suite à un traitement en CHSGS. En comparaison avec 1998-1999, il s'agit d'une augmentation de 12 % et de 25 % en rapport avec l'année 1997-1998.
- 9 843 usagers posthospitalisés ont été desservis. En comparaison avec 1998-1999, il s'agit d'une augmentation de 18 % et de 35 % en rapport avec l'année 1997-1998.
- 8 669 personnes postopérées ont été desservies. En comparaison avec 1998-1999, il s'agit d'une augmentation de 3 % et de 10 % en rapport avec l'année 1997-1998.
- 3 249 personnes en phase préterminale et terminale nécessitant des soins palliatifs ont été desservies. En comparaison avec 1998-1999, il s'agit d'une augmentation de 29 % et de 59 % en rapport avec l'année 1997-1998.

CONSTAT(S) :
L'accès aux services à domicile suite à une hospitalisation croît dans le sens espéré dans un contexte d'ajout budgétaire. L'indicateur suivi ne permet toutefois pas de préjuger de l'adéquation entre l'offre et le besoin de services. Le profil de la clientèle se diversifie en intégrant davantage de personnes nécessitant des soins palliatifs.

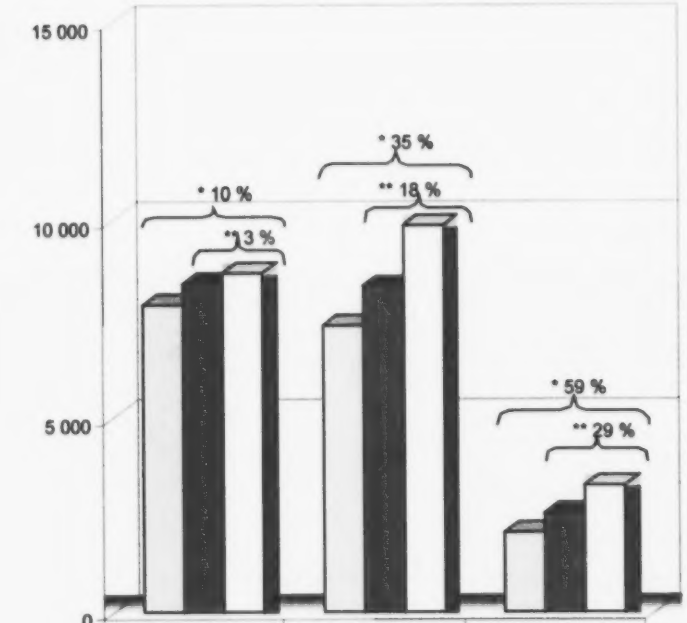
---

14 Régie régionale de la santé et des services sociaux Montréal-Centre, Rapport annuel 1999-2000 : « Le défi de l'accès l'an 2 », p.26.

15 « Bilan à mi-parcours des mesures relatives à l'organisation des services « Le défi de l'accès 1998-2002 », Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de la programmation et coordination, 2 novembre 2000, p.12. Les données financières recueillies sont celles de juin 2000.

16 Les données du CLSC de Rosemont, site pilote d'expérimentation du nouveau cadre normatif, ne sont pas comparables.

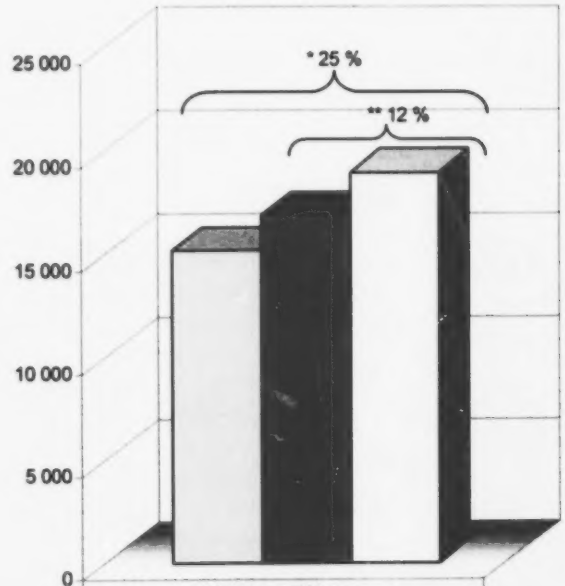
Usagers desservis à domicile par les CLSC
suite à un traitement en CHSGS



	postopérés	posthospitalisés	phase préterminale et terminale
1997-98	7 867	7 307	2 043
1998-99	8 399	8 320	2 519
1999-00	8 669	9 843	3 249

* Variation 97-98 vs 99-00
** Variation 98-99 vs 99-00

Usagers différents desservis à domicile
suite à une hospitalisation tous profils confondus



	Usagers différents
1997-98	15 155
1998-99	16 828
1999-00	18 927

* Variation 97-98 vs 99-00
** Variation 98-99 vs 99-00

(1) Le nombre d'usagers par profil n'est pas cumulatif : un usager peut changer de profil en cours d'année.
N.B. Les résultats de l'année 1998-99 ont été révisés suite aux changements apportés dans la base de données d'un CLSC.

Source : Direction de la programmation et coordination, Service des études et de l'évaluation, système d'information clientèle CLSC.

INTENSITÉ DES SERVICES OFFERTS À DOMICILE AUX PERSONNES DE 65 ANS ET PLUS

OBJECTIF(S) :
Le « Défi de l'accès 1998-2002 » vise à augmenter le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus desservies à domicile par les CLSC et à accroître le nombre d'usagers requérant entre 1,5 et 2,5 heures en soins et aide par jour. La Régie régionale demande au Ministère un développement budgétaire de 17,9 M$ d'ici l'an 2002. De plus, des gains d'efficience estimés à 5,8 M$ sont planifiés. Les développements récurrents obtenus pour la période 1998-2000 se chiffrent à 13 679 041 $[17].Un budget récurrent de 1 713 378 $ s'ajoute pour 2000-2001[18]. Ces développements ciblent des usagers à profil gériatrique majoritairement âgés de 65 ans et plus.

INDICATEUR(S) :
L'indicateur d'intensité des services comprend 3 paramètres : le nombre de personnes âgées différentes desservies, le nombre total de visites à domicile en soins infirmiers et en aide (auxiliaire familiale) et le nombre annuel moyen de visites par usager effectuées par le réseau des CLSC.

RÉSULTAT(S) :
Les résultats 1999-2000 sont estimés et sont basés sur les données de 28 des 29 CLSC[19].

En **1999-2000**, on estime que :

- 27 124 personnes âgées différentes ont été desservies par les CLSC pour de l'aide et des soins infirmiers à domicile. En comparaison avec 1998-1999, il s'agit d'une augmentation de 8 % et de 19 % en rapport avec l'année 1997-1998.
- 894 301 visites à domicile ont eu lieu. En comparaison avec 1998-1999, il s'agit d'une augmentation de 10 % et de 25 % en rapport avec l'année 1997-1998.
- En moyenne, 33 visites par usager ont été réalisées. En comparaison avec 1998-1999, il s'agit d'une augmentation d'une visite en moyenne par usager et en rapport avec l'année 1997-1998 de 1,5 visites.

CONSTAT(S) :
Conformément à l'objectif visé par le « Défi de l'accès », un plus grand nombre de personnes âgées en perte d'autonomie sont desservies à domicile. Les budgets investis soutiennent ces résultats. Toutefois, il ne faut pas conclure que les besoins des personnes en perte d'autonomie desservies sont comblés de façon adéquate, ni que toutes les personnes en besoin sont rejointes.

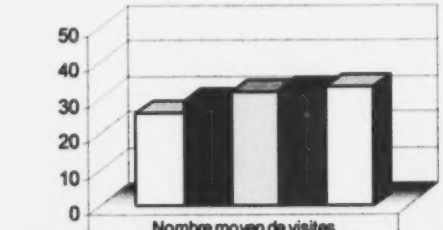
---

17 Régie régionale de la santé et des services sociaux Montréal-Centre, Rapport annuel 1999-2000 : « Le défi de l'accès l'an 2 », p.26.

18 « Bilan à mi-parcours des mesures relatives à l'organisation des services « Le défi de l'accès 1998-2002 », Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de la programmation et coordination, 2 novembre 2000, p.12. Les données financières recueillies sont celles de juin 2000.

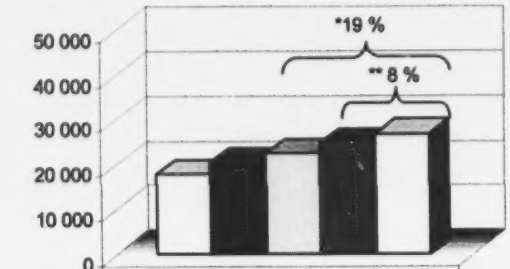
19 Les données du CLSC de Rosemont, site pilote d'expérimentation du nouveau cadre normatif, ne sont pas comparables.

Visites à domicile aux personnes âgées de 65 ans et plus



	Nombre moyen de visites
1995-96	25,7
1996-97	29,3
1997-98	31,5
1998-99	32,0
1999-00	33,0

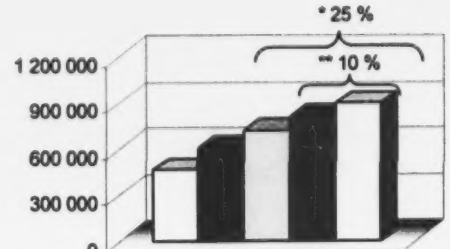
Personnes âgées différentes desservies à domicile



	Nbre usagers différents
1995-96	18 108
1996-97	20 646
1997-98	22 771
1998-99	25 006
1999-00	27 124

* Variation 97-98 vs 99-00
** Variation 98-99 vs 99-00

Visites à domicile aux personnes âgées



	Nombre visites
1995-96	464 971
1996-97	605 020
1997-98	716 771
1998-99	810 625
1999-00	894 301

* Variation 97-98 vs 99-00
** Variation 98-99 vs 99-00

N.B. Les résultats de l'année 1998-99 ont été révisés suite aux changements apportés dans la base de données d'un CLSC.

Source : Direction de la programmation et coordination, Service des études et de l'évaluation, sytème d'information clientèle CLSC.

USAGERS AYANT UNE DÉFICIENCE PHYSIQUE OU INTELLECTUELLE RECEVANT DES SERVICES INTENSIFS DES CLSC

OBJECTIF(S) :
L'accès aux services de maintien dans la communauté pour les personnes ayant une déficience physique ou intellectuelle a un impact important sur l'utilisation appropriée des ressources en centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) et en centres hospitaliers spécialisés en réadaptation. Le « Défi de l'accès 1998-2002 » vise à accroître l'accès aux services intensifs pour les personnes de moins de 65 ans ayant une déficience physique ou intellectuelle et à intensifier les services pour des usagers déjà desservis. À cet effet, la Régie régionale demande au Ministère un budget de développement de 5,6 M$ pour les 29 CLSC de la région. Les développements récurrents obtenus pour la période 1998-2000 se chiffrent à 2 658 425 $[20]. Un budget récurrent de 287 428 $ s'ajoute pour 2000-2001[21].

INDICATEUR(S) :
L'indicateur retenu pour la durée du Plan est l'évolution du nombre d'usagers différents de moins de 65 ans qui reçoivent des services intensifs, c'est-à-dire 5 heures et plus en soins et aide à domicile par semaine.

RÉSULTAT(S) :
Les résultats 1999-2000 sont estimés et sont basés sur les données de 28 des 29 CLSC[22]. Ces résultats n'intègrent pas les services dispensés par l'allocation directe (chèque emploi services) ou le secteur de l'économie sociale qui ne sont pas comptabilisés dans le système d'information clientèle des CLSC. Ainsi, le nombre de personnes desservies peut être sous-estimé.

En **1999-2000**, on estime que 950 usagers différents ayant une déficience physique ou intellectuelle reçoivent des services intensifs des CLSC, soit 5 heures et plus en aide et soins à domicile par semaine. En comparaison avec 1998-1999, il s'agit d'une augmentation de 1 % et de 7 % en rapport avec l'année 1997-1998.

CONSTAT(S) :
Conformément à l'objectif visé par le « Défi de l'accès », un plus grand nombre de personnes vivant un handicap reçoivent des services intensifs à domicile.

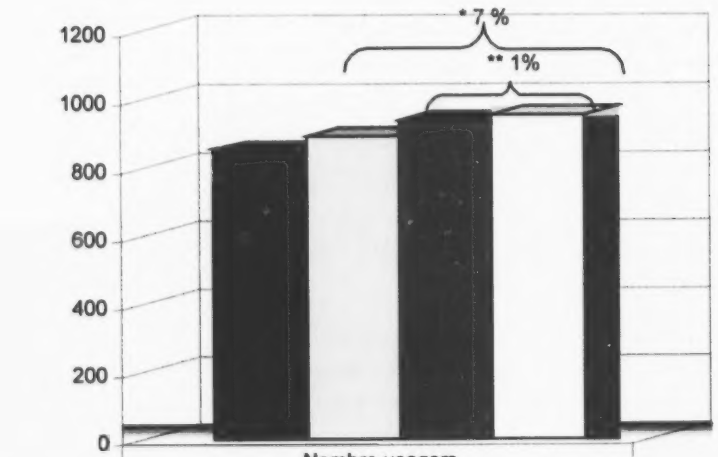
---

20 Régie régionale de la santé et des services sociaux Montréal-Centre, Rapport annuel 1999-2000 : « Le défi de l'accès l'an 2 », p.27.

21 « Bilan à mi-parcours des mesures relatives à l'organisation des services « Le défi de l'accès 1998-2002 », Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de la programmation et coordination, 2 novembre 2000, p.12. Les données financières recueillies sont celles de juin 2000.

22 Les données du CLSC de Rosemont, site pilote d'expérimentation du nouveau cadre normatif, ne sont pas comparables.

Usagers différents recevant des services intensifs des CLSC



	Nombre usagers
1996-97	850
1997-98	890
1998-99	936
1999-00	950

N.B. Les résultats de l'année 1998-99 ont été révisés suite aux changements apportés dans la base de données d'un CLSC.

Source : Direction de la programmation et coordination, Services multiclientèles de première ligne et Service des études et de l'évaluation, système d'information clientèle CLSC.

NOMBRE D'USAGERS DESSERVIS EN SANTÉ MENTALE PAR LES CLSC

OBJECTIF(S) :
Le « Plan d'amélioration des services 1998-2002 » entend développer des services de base en santé mentale afin de favoriser l'accès aux services dans la communauté. En termes de résultats, on vise à : augmenter le nombre d'interventions dans les CLSC et dans les cabinets privés de médecins; augmenter le nombre de clients bénéficiant de services d'accueil, d'évaluation, de référence et d'interventions brèves en CLSC; améliorer les modalités de liaison entre les divers intervenants. Une réallocation de postes correspondant à un financement de 3,3 M$ est planifiée pour les 29 CLSC de la région. En date de la publication, aucune ressource n'a été réallouée dans le réseau.

INDICATEUR(S) :
L'indicateur de suivi est l'évolution du nombre d'usagers de 18 ans et plus desservis par les CLSC, en santé mentale, selon les troubles qu'ils présentent. Les définitions utilisées sont celles de la politique de santé mentale, à savoir : les personnes souffrant de troubles mentaux sévères et persistants, celles vivant des troubles mentaux transitoires et les personnes dont la santé mentale est menacée. Les personnes dont la santé mentale est menacée englobent les usagers aux prises avec des problèmes psychosociaux (ex. : violence, problématiques familiales, etc.) ou des problèmes d'adaptation sociale (ex. : toxicomanie). Ces définitions sont utilisées par le MSSS pour identifier le contour financier du programme santé mentale.

RÉSULTAT(S):
Les résultats 1999-2000 sont estimés et sont basés sur les données de 28 des 29 CLSC[23]. Il est vraisemblable que le volume de personnes présentant des troubles mentaux sévères et persistants soit sous-estimé compte tenu de la saisie variable d'un CLSC à l'autre pour ce diagnostic. Enfin, les résultats ne tiennent pas compte des usagers recevant des services médicaux.

En **1999-2000**, on estime que les CLSC ont desservi :

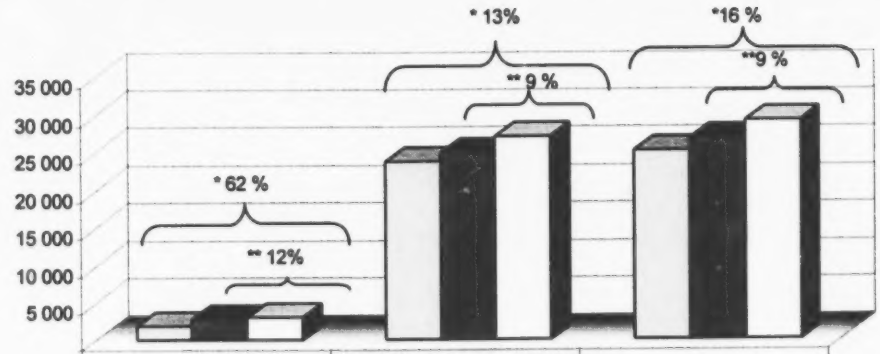
- 3 116 personnes vivant des troubles mentaux sévères, soit une augmentation de 12 % depuis 1998-1999 et de 62 % en rapport avec l'année 1997-1998.
- 27 033 usagers vivant des troubles transitoires ou dont la santé mentale est menacée, soit une augmentation de 9 % depuis 1998-1999 et de 13 % en rapport avec l'année 1997-1998.
- un total de 29 202 usagers différents, soit une augmentation de 9 % depuis 1998-1999 et de 16 % en rapport avec l'année 1997-1998.

CONSTAT(S) :
Les résultats démontrent que les CLSC sont confrontés à la pression de la demande. L'augmentation du volume d'usagers desservis ne présume pas d'une réponse adéquate aux besoins de la clientèle. Les ressources planifiées pour assurer des services de base en santé mentale tardent à être réallouées.

---

23 Les données du CLSC de Rosemont, site pilote d'expérimentation du nouveau cadre normatif, ne sont pas comparables.

Adultes vivant une problématique de santé mentale desservis en CLSC



	Sévères et persistants	Transitoires et santé mentale menacée	Total usagers différents
1997-98	1 922	23 852	25 094
1998-99	2 783	24 900	26 883
1999-00	3 116	27 033	29 202

* Variation 97-98 vs 99-00
** Variation 98-99 vs 99-00

N.B. Les résultats de l'année 1998-1999 ont été révisés suite aux changements apportés dans la base de données d'un CLSC.

Source : Direction de la programmation et coordination, Service des études et de l'évaluation, système d'information clientèle CLSC.

PROPORTION D'USAGERS DESSERVIS EN SERVICES AMBULATOIRES : CHSGS, PSYCHIATRIE ADULTE

OBJECTIF(S) :
Dans le cadre du « Plan d'amélioration des services 1998-2002 », un objectif de résultat mis de l'avant est d'atteindre, en 2002, un taux moyen d'usagers desservis à 90 % en services ambulatoires sur le total des usagers desservis en psychiatrie adulte dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS).

INDICATEUR(S) :
L'indicateur a été modifié cette année pour ne prendre en compte que les CHSGS. Les transformations intervenues en CHSP (mise en œuvre des éléments du Plan 1998-2002 tels les unités d'intervention brève ou de traitement transitoire, le suivi intensif dans le milieu, le suivi en hôpital de jour, etc.) impliquent un nombre grandissant de personnes suivies en ambulatoire qui ne peuvent être répertoriées d'après les données des AS-471 et AS-478. À défaut de systèmes adéquats d'information nous ne pouvons estimer l'évolution de la pratique ambulatoire. En CHSGS, moins de transformations ont eu lieu et les cibles de changement dans les pratiques ne seront annoncées qu'à l'hiver 2001; on estime donc que l'indicateur est toujours valable.

L'indicateur se définit comme suit : au cours d'une année financière, le nombre d'adultes inscrits dans les services ambulatoires de psychiatrie (cliniques externes) par rapport au total d'usagers admis (hospitalisés) et inscrits en CHSGS. La clientèle desservie dans les autres types de services ambulatoires, tels les centres de jour, les hôpitaux de jour, les services de suivi intensif dans la communauté, etc. ne peut être comptabilisée faute de systèmes d'information appropriés.

RÉSULTAT(S):
Les résultats sont basés sur les données de 7 des 9 CHSGS[24] concernés.

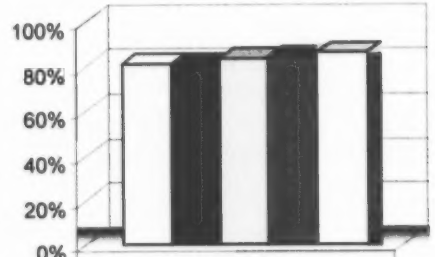
En **1999-2000**, 86,2 % de la clientèle en psychiatrie adulte est desservie en ambulatoire dans les CHSGS. En comparaison avec l'an 1 du Plan d'action régional, la proportion d'adultes desservis en cliniques externes a augmenté de 1,6 %. Sur les 5 ans d'observation, la proportion d'usagers desservis en cliniques externes, par rapport au total des hospitalisations en psychiatrie adulte, a connu une hausse de 4,7 %, soit environ 2 188 personnes de plus.

CONSTAT(S):
En CHSGS, la proportion d'usagers desservis sur une base ambulatoire augmente de façon constante dans le sens espéré.

---

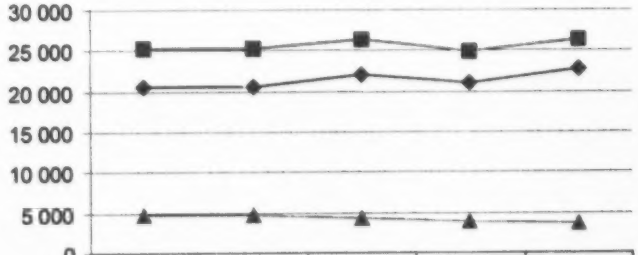
[24] Dans l'édition d'avril 2000 du Tableau de bord nous recensions un total de 12 CH. Nous retirons les 2 CHVP il reste donc 10 CHSGS. Avec la fusion de l'hôpital Royal Victoria et de l'Hôpital général de Montréal dans le CUSM nous dénombrons cette année 9 CH. Les données de l'hôpital du Sacré-Cœur et du pavillon Albert-Prévost peuvent se dédoubler : elles sont exclues. Les données de l'Hôpital général juif ne sont pas comparables à celles des autres CH pour l'année où l'unité de mesure des bases de données a été changée dans ce réseau de services.

Proportion d'usagers desservis en cliniques externes
Psychiatrie adulte (CHSGS)



	CHSGS
1995-96	81,5%
1996-97	81,1%
1997-98	83,6%
1998-99	84,6%
1999-00	86,2%

Usagers hospitalisés et desservis en cliniques externes
Psychiatrie adulte CHSGS



	1995-96	1996-97	1997-98	1998-99	1999-00
Cliniques	20 588	20 538	22 017	21 026	22 776
Hospitalisation	4 673	4 778	4 309	3 815	3 644
Total	25 261	25 316	26 326	24 841	26 420

Source : Direction des immobilisations et finances, Rapports annuels AS-471 et AS-478.

SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

EN RÉSUMÉ, ON OBSERVE :

- **USAGERS DESSERVIS À DOMICILE PAR LES CLSC SUITE À UN TRAITEMENT EN CHSGS**

  En **1999-2000**, on estime que :
  - 18 927 usagers différents ont été desservis à domicile, soit une augmentation de 12 % depuis 1998-1999 et de 25 % en rapport avec 1997-1998.
  - 9 843 usagers posthospitalisés ont été desservis, soit une augmentation de 18 % depuis 1998-1999 et de 35 % en rapport avec l'année 1997-1998.
  - 8 669 personnes postopérées ont été desservies ,soit une augmentation de 3 % depuis 1998-1999 et de 10 % en rapport avec l'année 1997-1998.
  - 3 249 personnes en phase préterminale et terminale nécessitant des soins palliatifs ont été desservies. En comparaison avec 1998-1999, il s'agit d'une augmentation de 29 % et de 59 % en rapport avec l'année 1997-1998.

  L'accès aux services à domicile suite à une hospitalisation croît dans le sens espéré dans un contexte d'ajout budgétaire. L'indicateur suivi ne permet toutefois pas de préjuger de l'adéquation entre l'offre et le besoin de services. Le profil de la clientèle se diversifie en intégrant davantage de personnes nécessitant des soins palliatifs.

- **INTENSITÉ DES SERVICES OFFERTS À DOMICILE PAR LES CLSC AUX PERSONNES ÂGÉES DE 65 ANS ET PLUS**

  En **1999-2000**, on estime que :
  - 27 124 personnes âgées différentes ont été desservies par les CLSC pour de l'aide et des soins infirmiers à domicile, soit une augmentation de 8 % depuis 1998-1999 et de 19 % en rapport avec l'année 1997-1998.
  - 894 301 visites à domicile ont eu lieu, soit une augmentation de 10 % depuis 1998-1999 et de 25 % en rapport avec l'année 1997-1998.
  - En moyenne, 33 visites par usager ont été réalisées. En comparaison avec 1998-1999, il s'agit d'une augmentation d'une visite en moyenne par usager et en rapport avec l'année 1997-1998 de 1,5 visites.

  Conformément à l'objectif visé par le « Défi de l'accès », un plus grand nombre de personnes âgées en perte d'autonomie sont desservies à domicile. Les budgets investis soutiennent ces résultats. Toutefois, il ne faut pas conclure que les besoins des personnes en perte d'autonomie desservies sont comblés de façon adéquate, ni que toutes les personnes en besoin sont rejointes.

- **USAGERS AYANT UNE DÉFICIENCE PHYSIQUE OU INTELLECTUELLE RECEVANT DES SERVICES INTENSIFS PAR LES CLSC**
  En **1999-2000**, on estime que 950 usagers différents ayant une déficience physique ou intellectuelle reçoivent des services intensifs des CLSC, soit 5 heures et plus en aide et soins à domicile par semaine. En comparaison avec 1998-1999, il s'agit d'une augmentation de 1 % et de 7 % en rapport avec l'année 1997-1998. Conformément à l'objectif visé par le « Défi de l'accès », un plus grand nombre de personnes vivant un handicap reçoivent des services intensifs à domicile.

- **USAGERS DESSERVIS EN SANTÉ MENTALE PAR LES CLSC**
  En **1999-2000**, on estime que les CLSC ont desservi :
  - 3 116 personnes vivant des troubles mentaux sévères, soit une augmentation de 12 % depuis 1998-1999 et de 62 % en rapport avec l'année 1997-1998.
  - 27 033 usagers vivant des troubles transitoires ou dont la santé mentale est menacée, soit une augmentation de 9 % depuis 1998-1999 et de 13 % en rapport avec l'année 1997-1998.
  - un total de 29 202 usagers différents, soit une augmentation de 9 % depuis 1998-1999 et de 16 % en rapport avec l'année 1997-1998.

  Les résultats démontrent que les CLSC sont confrontés à la pression de la demande. L'augmentation du volume d'usagers desservis ne présume pas d'une réponse adéquate aux besoins de la clientèle. Les ressources planifiées pour assurer des services de base en santé mentale tardent à être réallouées.

- **PROPORTION D'USAGERS DESSERVIS EN AMBULATOIRE : CHSGS, PSYCHIATRIE ADULTE**
  En **1999-2000**, 86,2 % de la clientèle en psychiatrie adulte est desservie en ambulatoire dans les CHSGS. En comparaison avec l'an 1 du Plan d'action régional, la proportion d'adultes desservis en cliniques externes a augmenté de 1,6 %. Sur les 5 ans d'observation, la proportion d'usagers desservis en cliniques externes, par rapport au total des hospitalisations en psychiatrie adulte, a connu une hausse de 4,7 %, soit environ 2 188 personnes de plus. En CHSGS, la proportion d'usagers desservis sur une base ambulatoire augmente de façon constante dans le sens espéré.

EN CONCLUSION :
L'accès aux services dans la communauté offerts par les CLSC est en croissance pour 4 clientèles ciblées, à savoir : les usagers desservis à domicile suite à un traitement en centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés, les personnes âgées nécessitant des services à domicile, les usagers ayant une déficience physique ou intellectuelle nécessitant des services intensifs à domicile, les personnes vivant une problématique reliée à la santé mentale.

L'objectif de desservir 90 % des adultes nécessitant des soins psychiatriques sur une base ambulatoire en CHSGS évolue dans le sens espéré. Si la Régie régionale entend suivre l'évolution des services offerts sur une base ambulatoire dans la région, le développement de systèmes d'information adéquats s'impose. Cette année, suite à la mise en œuvre de services ambulatoires en psychiatrie adulte, notamment, nous avons dû abandonner certains paramètres de suivi faute de données appropriées pour traduire de nouvelles réalités.